

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1972 — N°

A PROPOS DE L'EMPIERREMENT DE LA VOIE
BILIAIRE PRINCIPALE
(Série Homogène de 103 Cas)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le

par

KHELLADI Mostefa

Né le 29 Septembre 1942 à TIGHENNIF - Wilaya de Mostaganem

MEMBRES DU JURY

MM. B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie Générale	} PRESIDENT
P. ROCHE :	Maitre de Conférences Agrégé (Chirurgie Générale)....	
S. BENDALI-AMOR :	Maitre de Conférences Agrégé (Chirurgie Générale)....	} JUGES
K. DAOUD :	Maitre de Conférences Agrégé (Chirurgie Générale)....	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554806_0003

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1972 — N°.....

A PROPOS DE L'EMPIERREMENT DE LA VOIE
BILIAIRE PRINCIPALE
(Série Homogène de 103 Cas)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le

par

KHELLADI Mostefa

Né le 29 Septembre 1942 à TIGHENNIF - Wilaya de Mostaganem

MEMBRES DU JURY

MM. B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie Générale	} PRESIDENT
P. ROCHE :	Maitre de Conférences Agrégé (Chirurgie Générale)....	
S. BENDALI-AMOR :	Maitre de Conférences Agrégé (Chirurgie Générale)....	} JUGES
K. DAOUD :	Maitre de Conférences Agrégé (Chirurgie Générale)....	

SERMENT D' HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE:

A mon père,

A ma mère

En témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.

A MES FRERES

A MES SOEURS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. M E N T O U R I

Professeur de Chirurgie Générale.

Il nous a accueilli au cours de nos stages dans son service avec la plus grande bienveillance et nous a constamment témoigné un affectueux intérêt.

Son dynamisme, sa curiosité scientifique et surtout son humanisme demeurent autant d'exemples pour nous.

Il nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider le Jury de notre thèse.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre profonde gratitude et notre respectueuse admiration.

A NOS J U G E S :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ: P. R O C H E

Nous sommes heureux d'avoir bénéficié de son grand savoir.

Son enseignement, tant à la Faculté, au lit du malade, qu'au bloc opératoire a été très profitable.

Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous fait en acceptant de siéger dans notre Jury de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici nos remerciements les plus vifs pour avoir accepté de juger ce travail.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ : S. BENDALI-AMOR

Nous avons été séduit par ses leçons toujours dispensées avec clarté et élégance.

Nous avons été heureux de profiter de son grand savoir.

Il a bien voulu faire partie de notre Jury de thèse. Nous sommes très sensible à ce geste qui nous honore et qui nous touche.

Qu'il daigne trouver ici l'expression de notre respectueuse et profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ: K. D A O U D

Il nous a témoigné sa confiance et son amitié.

Il a guidé nos premiers pas en médecine au laboratoire d'anatomie et n'a jamais cessé de nous prodiguer ses précieux conseils.

Nous avons eu le privilège d'avoir bénéficié de son grand savoir.

C'est pour nous une chance et un grand honneur de le compter aujourd'hui parmi nos juges.

Qu'il veuille trouver ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

AUX DOCTEURS :

A. SALEM

M. ZITOUNI

Maîtres Assistants

Tout au long de ce travail nous avons pu compter sur l'appui de leurs conseils prodigués avec cordialité et bienveillance.

Ils n'ont ménagé ni leur temps, ni leurs encouragements.

Leur collaboration a été très fructueuse pour nous.

Nous les remercions vivement pour leur aide précieuse et les assurons de notre fidèle amitié .

A MES MAITRES :

- de la faculté.
- et des hôpitaux

AVEC TOUTE MA RECONNAISSANCE

$\mathbb{P}$ L A N D $\mathbb{E}$ T U D E =====

-----oOo-----

	pages :
I - INTRODUCTION	11
II - DEFINITION	13
III - BASES ANATOMIQUES	17
IV - BASES ETIOPATHOGENIQUES.....	32
V - BASES DIAGNOSTIQUES	35
VI - LE TRAITEMENT	48
VII - RESUME DE NOS OBSERVATIONS.....	84
VIII - CONCLUSION	122
- BIBLIOGRAPHIE	125

II^o N T R O D U C T I O N

*

Parmi les multiples aspects de la lithiase biliaire, l'empierrement de la voie biliaire principale est l'un des plus intéressants malgré les difficultés que pose sa définition.

Notre étude nous a permis de souligner:

1) Sa fréquence, puisque du 1er janvier 1963 au 15 Août 1972, à la Clinique Chirurgicale "A" :

- 2.847 lithiases biliaires ont été opérées dont,
 - . 599 lithiases de la voie biliaire principale, soit 21 %, sur lesquelles on a relevé :
 - . 103 empierrements de la voie biliaire principale, ce qui représente 17 % de ces dernières.

2) Certains facteurs étiologiques (âge) et cliniques (Inconstance de l'ictère).

3) Les problèmes pronostiques soulevés par cette complication de la lithiase biliaire chez des malades relativement fragiles qui dictent en grande partie le choix de la technique opératoire.

4) Notre attitude thérapeutique qui a été relativement originale par la place prépondérante de la SPHINCTEROTOMIE .

En effet dans la littérature cette méthode semble avoir à notre connaissance des indications limitées dans l'empierrement de la voie biliaire principale .

On entend par empierrement cholédocien "l'entassement des calculs les uns sur les autres comme le sont les moellons d'un mur" (CAROLI). (photo N° 1)

Cette entité a été isolée par CAROLI en 1955 car elle a des caractères particuliers tant sur le plan radiologique que chirurgical. Il est nécessaire d'apporter quelques précisions pour la spécifier.

Le terme "cholédocien" souvent employé nous paraît impropre car très fréquemment la lithiasie siège certes dans le cholédoque mais également dans l'hépatique commun et dans les canaux principaux intra-hépatiques.

Parfois le cholédoque est court (photo N° 2) presque inexistant et peut être occupé par un seul calcul. Parler d'empierrement est alors abusif.

Aussi préférons-nous parler d'empierrement de la voie biliaire principale et nous entendons par là comme HEPP: "le canal cholédoque, le canal hépatique et le système des canaux hépatiques dans leurs troncs principaux".

MANSOURI, ILLOUL et BENDALI distinguent: la lithiasie ascendante, de la lithiasie descendante. La première ayant son origine dans une affection des voies biliaires extra-hépatiques, la deuxième dans une affection intra-hépatique. Ces deux formes de lithiasie posent des problèmes pathogéniques et surtout de tactique opératoire parfois opposées.

Cette distinction nous paraît fondamentale et à notre sens comme pour ces auteurs n'entrent dans le cadre de l'empierrement de la voie biliaire principale que les lithiasies en rapport avec une atteinte des voies biliaires extra-hépatiques.

Enfin quand peut-on parler d'empierrement ?

Terme imprécis "Volontairement" dit HEPP.

.../...

Pour CAROLI "le nombre est souvent considérable", mais il rapporte des observations avec 9 calculs.

HEPP parle de lithiase "multi-calculuse".

- MANSOURI retient le chiffre minimum de dix quand il s'agit de micro-lithiase, cependant il accepte des observations de cinq gros calculs encombrant tout l'hépatocolédoque.

- SENEQUE et MERCADIER ne retiennent que la lithiase généralisée à tout l'arbre biliaire.

Dans le cadre de cette étude nous avons décidé de retenir les observations où l'on avait noté au moins dix calculs dans la voie biliaire principale.

Nous avons donc exclu :

- Les lithiases intra-hépatiques primitives associées ou non à la lithiase hépatocolédocienne.

- Les lithiases de la voie biliaire principale quand le nombre de calculs est inférieur à dix même s'il y a encombrement de tout l'hépatocolédoque.

- Nous avons également exclu de notre étude les lithiases résiduelles qui sont souvent de seconde main.

LA DEFINITION de l'empierrement de la voie biliaire principale que nous retenons est donc l'entassement ou la répartition dans l'hépatocolédoque et éventuellement dans leurs canaux principaux intra-hépatiques d'au moins une dizaine de calculs n'ayant pas une origine intra-hépatique.



Photo N° 1

Obs. N° 55, dossier 834/69

Empièrrement total de la
voie biliaire principale

Photo N° 2

Obs. N° 67, dossier 257/70

Anomalie des voies biliaires
cholédoque très court
Deux calculs occupaient
le cholédoque.

De multiples autres occu-
paient l'hépatique commun,
donc empierrement de la
voie biliaire principale.



B A S E S F N A T O M I Q U E S

*

Dans cette étude nous nous attacherons surtout aux éléments qui ont une incidence parfois étiopathogénique mais surtout thérapeutique. Les lésions macroscopiques guident à ventre ouvert l'attitude thérapeutique.

Nous étudierons successivement :

- I - Les lésions de l'arbre biliaire
- II - L'étude des calculs
- III - Les lésions associées.

I - LES LÉSIONS DE L'ARBRE BILIAIRE:

Nous envisagerons successivement:

- a) l'état de la voie biliaire principale et des voies intra-hépatiques.
- b) l'état de la vésicule.
- c) l'aspect du cystique.
- d) les fistules bilio-biliaires.
- e) les lésions du sphincter d'oddi .

a) L'état de la voie biliaire principale et des voies intra-hépatiques.

Nous envisagerons dans un premier temps le degré de dilatation des canaux puis secondairement les lésions de la paroi canalaire.

1) Le degré de dilatation des canaux:

Les indications fournies par les opérateurs dans les protocoles sont souvent imprécises. Le diamètre du cholédoque étant comparé suivant le cas à la largeur d'une anse grêle, d'un pouce ou évalué approximativement en millimètres. Parfois aussi l'on signale seulement un cholédoque peu dilaté ou très dilaté .

.../...

Or la tactique opératoire et les résultats éloignés dépendent également du diamètre de la voie biliaire principale ? Nous avons cherché un moyen de comparaison plus précis entre les différents cas.

Nous avons donc mesuré le diamètre de l'hépto-cholédoque sur les clichés de cholangiographie en faible pression à hauteur de la jonction cystico-cholédocienne. Les conditions de prises des clichés étant faites toujours de la même façon à la Clinique Chirurgicale "A". Nous avons considéré que le degré d'agrandissement est à peu près le même pour tous les cas.

Nous n'ignorons pas que cette étude comparative est approximative mais elle a l'avantage de donner une idée d'ensemble des différents diamètres de la voie biliaire principale que nous avons eu à traiter .

Cette **étude** a porté sur une série successive de 50 cas des années 1969, 1970 , 1971 et 1972. Les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

(Largeur en mm	(Nombre de cas
(5 à 9	(7
(10 à 14	(20
(15 à 19	(11
(20 et plus	(12

Donc, dans sept cas le calibre de la voie biliaire principale était sensiblement voisin de la normale.

Dans 20 cas il était le double de la normale.

Dans 11 cas il était triple de la normale.

Et dans 12 cas il était énorme.

.../...

2) L'état de la paroi canalaire.

Les compte-rendus opératoires sont peu explicites à ce sujet; pourtant l'importance chirurgicale est capitale.

Nous n'avons pas relevé de cas où la paroi cholédocienne était mince évoquant la distension aiguë et se présentant mal à la suture.

Dans la majorité des cas la paroi cholédocienne était épaissie.

Dans quelques cas, surtout lorsque les malades ont été opérés précocement lors d'une poussée de cholecystite aiguë, la paroi cholédocienne était non seulement épaissie mais surtout très hémorragique.

b) Les lésions vésiculaires:

Le tableau suivant résume les lésions rencontrées:

Etat de la vésicule	Nombre de cas
Vésicule saine et non lithiasique	6 cas
Vésicule enflammée et lithiasique	36 cas
Vésicule scléro-atrophique et lithiasique.....	44 cas
Vésicule scléro-atrophique et non lithiasique.	4 cas
Pyocholecyste	9 cas
Vésicule apparemment saine et lithiasique	4 cas

c) L'état du cystique:

L'état du cystique n'est pas noté dans tous les protocoles.

Cependant l'on relève :

- cystique obturé et inflammatoire dans 9 cas en rapport avec les pyocholecystes.

.../...

the first of these is the fact that the
 second of these is the fact that the
 third of these is the fact that the
 fourth of these is the fact that the
 fifth of these is the fact that the
 sixth of these is the fact that the
 seventh of these is the fact that the
 eighth of these is the fact that the
 ninth of these is the fact that the
 tenth of these is the fact that the

the first of these is the fact that the
 the second of these is the fact that the
 the third of these is the fact that the
 the fourth of these is the fact that the
 the fifth of these is the fact that the
 the sixth of these is the fact that the
 the seventh of these is the fact that the
 the eighth of these is the fact that the
 the ninth of these is the fact that the
 the tenth of these is the fact that the

the first of these is the fact that the
 the second of these is the fact that the
 the third of these is the fact that the
 the fourth of these is the fact that the
 the fifth of these is the fact that the
 the sixth of these is the fact that the
 the seventh of these is the fact that the
 the eighth of these is the fact that the
 the ninth of these is the fact that the
 the tenth of these is the fact that the

the first of these is the fact that the
 the second of these is the fact that the
 the third of these is the fact that the
 the fourth of these is the fact that the
 the fifth of these is the fact that the
 the sixth of these is the fact that the
 the seventh of these is the fact that the
 the eighth of these is the fact that the
 the ninth of these is the fact that the
 the tenth of these is the fact that the

- Largement béant: il peut s'agir de cystiques congénitalement larges ou de cystiques forcés.

- inclus dans une fistule bilio-biliaire

- de calibre normal et permettant l'introduction de la canule de FOURES .

En somme, dans les cas où le cystique est bloqué et en l'absence de fistule bilio-biliaires l'empierrement de la voie biliaire est :

- Soit autochtone.

- Soit dû à une migration calculieuse qui s'est faite avant l'obturation.

d) Les fistules bilio-biliaires:

C'est la communication d'origine pathologique entre la vésicule et la voie biliaire principale.

Cette lésion a été noté 10 fois dans le cadre des empierremments de la voie biliaire principale soit les 10 % .

N° Observation	Ancienneté des troubles	Tableau clinique
2735/65	3 ans	Angiocholite + ictère
461/68	6 mois	Angiocholite sans ictère
2106/68	8 mois	Coliques hépatiques + ictère
417/70	10 ans	Angiocholite + ictère
1513/70	6 ans	Angiocholite + ictère
1808/71	5 mois	Coliques hépatiques + ictère
250/72	1 an	Angiocholite + ictère
606/72	20 ans	Coliques hépatiques + ictère
840/72	2 ans	Angiocholite + ictère
870/72	10 ans	Angiocholite + ictère

Cette éventualité relativement fréquente par rapport aux statistiques européennes n'est pas aussi élevée que le signale MANSOURI (20 %).

Cependant elle complique l'acte opératoire d'autant plus qu'elle s'accompagne toujours d'un remaniment inflammatoire rendant difficile l'abord de la région sous-hépatique et d'un gros foie de cholostase à cause de l'ictère.

e) Les lésions du sphincter d'oddi

Il importe de les reconnaître en per-opératoire. Sur quels critères l'affirmer ?

1) Le critère histologique : est de faible secours.

Réaliser un prélèvement c'est être conduit à pratiquer une sphinctérotomie.

De plus les modifications histologiques de cette région n'ont aucun caractère spécifique. Il existe des oddites scléreuses et aussi des oddites oedémateuses susceptibles de régresser ou d'évoluer vers la sclérose.

La biopsie permet seulement à postériori de dire s'il s'agit d'une oddite vraie ou de parler "d'oddites imaginaires et de sphinctérotomies abusives" (HEPP).

Elle garde néanmoins son intérêt car elle démontre que l'oddi peut être rétréci par oedème ou béant mais scléreux.

Elle incite donc à être prudent dans l'interprétation des images radiologiques.

Cependant dans le cas des empierrements de la voie biliaire principale, dans la majorité des cas où nous avons réalisé la biopsie, le sphincter s'avère pathologique.

2) L'exploration instrumentale :

Beaucoup d'auteurs y ont recours :

- Pour OLIVIER "l'oddi ne peut s'explorer qu'instrumentalement".

.../...

Il affirme l'oddite lorsque le dilatateur de BAKES de 4 mm ne passe pas.

- Pour COLE le critère choisi est le dilatateur de BAKES de 6 mm.

En somme ces auteurs sont d'accord sur l'intérêt de l'exploration instrumentale. Cependant le critère retenu varie de l'un à l'autre.

" Cette exploration doit être prudente car l'instrument peut buter sur un simple capuchon muqueux, sur un coude plus ou moins diverticulaire du bas cholédoque juxta-oddien. Il peut buter parce que mal dirigé chez un malade gros, au duodénum profond et qu'on ne doit pas pousser à l'aveugle par crainte de fausse route ou de traumatisme pancréatique " (HEPP) .

Dans l'empierrement de la voie biliaire principale notre équipe utilise la sonde en gomme uréthrale n° 10, moins pour explorer l'oddi que pour réaliser une sphinctérotomie.

3) Les critères radiologiques:

On ne peut se passer de l'exploration radiologique actuellement surtout dans les empierrements. Les images radiologiques qu'on rencontre sont les suivantes:

- image de terminaison cholédocienne rigide en pointe de crayon.

- l'arrêt de la colonne opaque convexe en bas et à droite, rectiligne ou concave en bas.

Le défilé moniliforme

La dilatation en massue convexe en bas parfois suivie par un défilé central rigide (image en pilon).

- Le rétrécissement progressif jusqu'au défilé sphinctérien (image en radis) ou plus irrégulier (image en clou tordu).

4) Les autres méthodes d'exploration:

a) la radiomanométrie:

Sa valeur est discutée. Certains auteurs comme HEPP lui reste fidèle. Mais dans le cadre qui nous préoccupe elle n'est d'aucune utilité car le volume des calculs, leur multiplicité gênent le passage de la drogue et nécessitent des instillations sous hyper-pressions non physiologiques.

Pour OLIVIER "en cas de lithiase biliaire la radiomanométrie, nous semble habituellement inutile, souvent trompeuse et pas toujours anodine".

De plus cette technique n'est pas possible en cas de fistules bilio-biliaires.

b) La radiokinésimétrie:

Cette méthode d'exploration a été utilisée par POILLEUX .

C'est en quelque sorte une radiomanométrie faite sous débit constant, arbitrairement choisi. Mais cette valeur de débit varie d'un auteur à l'autre:-un à deux millilitres par minute pour certains.- Quatre à cinq millilitres par minute pour d'autres. (GOINARD)

Cette méthode présente des inconvénients car la prise des clichés au cours de la perfusion est faite sans arrêter la respiration d'où les vues sont moins nettes et le risque de méconnaître de petits calculs, plus grand.

c) La radiodébitométrie:

Elle étudie les modalités du débit sous pression constante. Mais les chiffres de débit enregistrés sont sous la dépendance de la pression de perfusion choisie.

Les auteurs qui la pratiquent ne sont pas d'accord sur les chiffres de pression à adopter.

.../...

STALPORT choisit une pression basse correspondant à la pression résiduelle.

BESANÇON et PIRONNEAU préfèrent une pression élevée de 30 cm d'eau .

En fait ces méthodes ont peu de place dans l'étude des empièvements en raison du gros diamètre de la voie biliaire principale, de son atonie et des oddites fréquentes.

Si leur intérêt est grand dans l'étude des dyskinésies biliaires et les pauci-lithiases, il est moindre dans le cadre qui nous préoccupe.

Ainsi donc, l'oddite est une lésion fréquente au cours des empièvements de la voie biliaire principale.

FRAISE, ETAIX et GAUTHIER rapportent 15 oddites sur 26 lithiases cholédociennes.

OLIVIER sur 200 cholécystectomies trouve : 14 lithiases de la voie biliaire principale, 49 sténoses oddiennes isolées et 18 associées à un rétrécissement oddien .

LARRIEU et ADLE trouvent 6 oddites sur 14 lithiases récidivantes.

ROUX, VAYRE, HUREAU, LEVASSEUR et FARAH constatent sur 40 lithiases résiduelles dont 36 ont subi une réintervention la présence de 28 oddites.

La confrontation en per-opératoire des images radiologiques et des données de l'exploration instrumentale s'avère indispensable pour l'étude du sphincter d'oddi. Elle nous a permis de retrouver l'oddite dans presque la 1/2 de nos observations ce qui incite à agir sur cette lésion pour éliminer le risque de lithiase récidivante.

II - ETUDE DES CALCULS :

1) Comparaison entre les calculs vésiculaires et ceux de la voie biliaire principale.

a) Aspect des calculs:

Les calculs vésiculaires et ceux de la voie biliaire principale ont le même aspect dans 43 observations { noté dans les protocoles }.

b) La forme:

Tous les aspects morphologiques peuvent se rencontrer. Parmi ces 43 observations les différents aspects retrouvés sont les suivants:

- calculs polyédriques : 5 cas
- calculs à facettes : 4 cas
- micro-calculs avec boue biliaire : 5 cas
- micro-calculs: 22 cas
- micro et macrocalculs: 7 cas.

On remarquera la fréquence des micro-calculs comparés le plus souvent à des grains de plomb ou à des poichiches qui peuvent migrer facilement de la vésicule vers la voie biliaire principale.

2) Les calculs de la voie biliaire principale:

a) Le nombre :

Toutes les observations retenues ici ont nous l'avons déjà dit un nombre de calculs égal ou supérieur à 10 et sont toutes de première main.

Un certain nombre d'observations comportent un nombre considérable de calculs réalisant ce que certains appellent des panlithiases : il s'agit des observations suivantes

.../...

N° DOSSIER	NOMBRE DE CALCULS
552/67	40
457/67	60
834/69	28
730/71	100
820/72	60
840/72	100
863/72	50
1206/69	10

b) L'aspect :

Tous les aspects sont retrouvés et les opérateurs les comparent le plus souvent à des :

- calculs en "cigare "
- calculs en "oeuf de pigeon "
- calculs à facettes
- calculs polyédriques
- "grains de plomb".

c) La consistance:

Ils sont tantôt durs, tantôt friables s'effritant sous la pince.

d) Le siège :

La topographie des calculs dans les canaux biliaires est résumée dans le tableau suivant :

.../...



(Empierrement Hépatato-cholédocien :	73 cas)
(-----)	
(Empierrement Hépatato-cholédocien et	4 cas)
(de la branche gauche ----- :	
(-----)	
(Empierrement Hépatato-cholédocien et	
(de la branche droite :	5 cas)
(-----)	
(Empierrement Hépatato-cholédocien et	
(des 2 canaux intra hépatiques :	21 cas)
(-----)	

Notons la fréquence de l'atteinte des gros canaux intra-hépatiques : 30 fois .

Ce qui implique la nécessité de rechercher systématiquement cette atteinte tant lors de la détection que du contrôle, car la possibilité d'une migration n'est pas à exclure .

III) LES LESIONS ASSOCIEES

Nous étudierons successivement:

- 1) l'état du pédicule
- 2) les lésions hépatiques
- 3) les lésions pancréatiques
- 4) les fistules bilio-digestives
- 5) les autres lésions.

1) L'état du pédicule:

Les remaniements ne sont pas constants puisque dans la majorité des cas l'abord premier du cystique se fait sans problèmes.

L'atteinte du pédicule a été retrouvé essentiellement dans:

- les fistules bilio-biliaires : 10 cas
- les pyocholécystes : 9 cas
- en cas d'adénopathies surtout celles d'origine tuberculeuse.

.../...

- parfois lors des fistules bilio-digestives.

Les remaniements ainsi retrouvés rendent la dissection laborieuse; ce qui appelle patience et minutie.

2) Les lésions hépatiques : Le pronostic est au niveau du foie

Les lésions hépatiques signalées dans les protocoles opératoires sont résumés dans les tableaux suivants:

La cholostase simple: 15 cas .

N° Dossier	Avec ou sans ictère	Confirmation Ana-Path.
1054/64	Ictère	
1105/64	Ictère	
1190/64	Ictère	Oui
2146/65	Ictère	Oui
2381/65	Ictère	
134/67	Sans ictère	Oui
303/67	Sans ictère	
636/67	Ictère	
834/69	Ictère	
1760/69	Ictère	Oui
1018/70	Ictère	Oui
257/70	Ictère	
1091/70	Ictère	
991/71	Ictère	Oui
863/72	Ictère	

La cirrhose:

Dans 3 protocoles les opérateurs ont noté la présence d'un foie cirrhotique confirmé par l'"examen anatomo-pathologique":

.../...

N° DOSSIER	Avec ou sans ictère	Confirmation Ana-Path.
2204/65	Ictère	Oui
1902/68	Ictère	Oui
1756/69	Ictère	Oui

Les micro-abcès :

La présence de micro-abcès au niveau du foie a été signalée dans l'observation 1206/69.

3) Les lésions pancréatiques:

- La pancréatite chronique céphalique est relativement fréquente : 14 cas.

Nous la considérons comme, moins d'origine nutritionnelle ou alcoolique, directement liée à la lithiase et à la longue évolution émaillée de coliques hépatiques.

N° DOSSIER	Durée d'Evolution	Crises de coliques Hépatiques répétées	ictère
1190/64	5 ans	oui	récent
1080/64	3 ans	oui	récent
887/63	3 ans	oui	récent
2146/65	1 an	oui	récent
2220/65	1 an	oui	récent
2251/65	2 ans	oui	pas d'ictère
2381/65	2 ans	oui	récessif et récent
303/67	5 ans	oui	pas d'ictère
457/67	?	oui	récent
611/67	6 ans	oui	récent
877/68	8 ans	oui	pas d'ictère
933/69	6 mois	oui	pas d'ictère
1209/69	6 mois	oui	récent
452/72	1 an	oui	récent

- La pancréatite aigüe oedémateuse

Nous l'avons rencontré une seule fois chez une malade âgée de 73 ans aux antécédents biliaires depuis 6 ans.

A l'intervention l'opérateur a noté la présence de tâches de cyto-stéato nécrose (dossier 588/69).

4) Les fistules bilio-digestives: 5 cas.

Elles devraient s'accompagner d'une vidange de la vésicule dans les voies digestives. En fait ici le pertuit était petit.

N° DOSSIER	F.B.B.	Ancienneté des troubles	Autres
1054/64	non	2 ans	
2381/65	non	2 ans	Pancréatite chronique
636/67	non	6 ans	
2031/68	non	7 ans	
300/69	non	6 ans	Oddite

5) Les autres lésions:

- Kyste hydatique du foie: cette association a été retrouvée dans deux observations (dossiers: 257/70 et 1080/71). Dans les deux cas lors de l'intervention on a retrouvé une fistule bilio-kystique.

- Les adénopathies : cette atteinte a été notée dans 9 observations et parmi eux l'origine tuberculeuse représente 3 cas soit le 1/3 des adénopathies. (dossiers: 629/67 - 877/68 et 1629/68).

B A S E S E T I O P A T H O G E N I Q U E S

**

*

La pathogénie de la lithiasé biliaire est encore hypothétique, Cependant il est bien établi que certains facteurs locaux, générateurs de stase biliaire sont à l'origine de formation de calculs; d'où l'intérêt thérapeutique de cette étude.

On oppose généralement depuis CAROLI, les empierrements migrants aux empierrements primitifs. L'empierrement lié à une lithiasé intra-hépatique est exclu de cette étude.

LES EMPIERREMENTS MIGRATEURS.

La migration se fait à partir de la vésicule à la faveur d'un cystique béant ou forcé, ou d'une fistule bilio-biliaire. Il n'est pas rare que la manipulation imprudente de la vésicule et surtout ^{si}/l'abord premier du cystique n'est pas possible, de transformer une lithiasé cholédocienne pauci calculéuse en un empierrement important.

En règle générale, dans cette forme d'empierrement la vésicule est pathologique et souvent scléro-atrophique.

Les calculs de la voie biliaire principale et les calculs vésiculaires ont "même aspect et souvent même calibre et même forme". Mais cet argument nous paraît aléatoire car souvent à la faveur d'une fistule bilio-biliaire il y a vidange des calculs d'un certain calibre de la vésicule dans la voie biliaire principale et pourtant la migration est certaine.

La "moins grande dilatation de la voie biliaire principale" n'est pas la règle car elle est souvent conditionnée par le nombre et le volume des calculs qui s'y trouvent. C'est donc un facteur purement mécanique qui ne peut intervenir dans le classement des types d'empierrements.

Le "volume plus restreint des calculs" nous paraît comme argument discutable et ne peut être pris en considération à cause des fistules bilio-biliaires.



C'est pourquoi nous retenons l'origine migratrice de l'empierrement même en l'absence de lithiase vésiculaire à la condition que la vésicule soit scléro-atrophique ou du moins pathologique.

Nous avons classé 48 observations dans cette catégorie qui se répartissent ainsi:

- Fistules bilio-biliaires : 10 cas
- Cystique béant ou forcé : 38 cas.

LES EMPIERREMENTS PRIMITIFS: 55 cas.

Dans cette variété, la lithiase de la voie biliaire principale est liée à un obstacle qui gêne l'écoulement du flux biliaire. Le tableau suivant montre la représentation des cas selon la cause anatomique retrouvée:

(- Oddites :	40 cas	)
(-----		)
(- Retrécissements inflammatoires pré-opératoires:	14 cas	)
((Pancréatites chroniques)		)
(-----		)
(- Anomalie des voies biliaires + Kyste Hydatique:	1 cas	)

L'Oddite est le facteur le plus fréquent et le plus important ce qui explique la grande fréquence de cette forme d'empierrement rapportée notamment par HEPP. En fait, l'analyse de ses observations montre qu'il s'agit surtout de réinterventions pour syndrome post-cholécystectomie.

Il s'agit probablement de lithiase résiduelle sur Oddite secondaire ou de lithiase récidivante sur Oddite méconnue lors de la première intervention.

II) BASES III) DIAGNOSTIQUES

I - LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

II- LA RADIOLOGIE

III- LA BIOLOGIE

I)- LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

L'étude de nos observations fait ressortir certaines particularités cliniques.

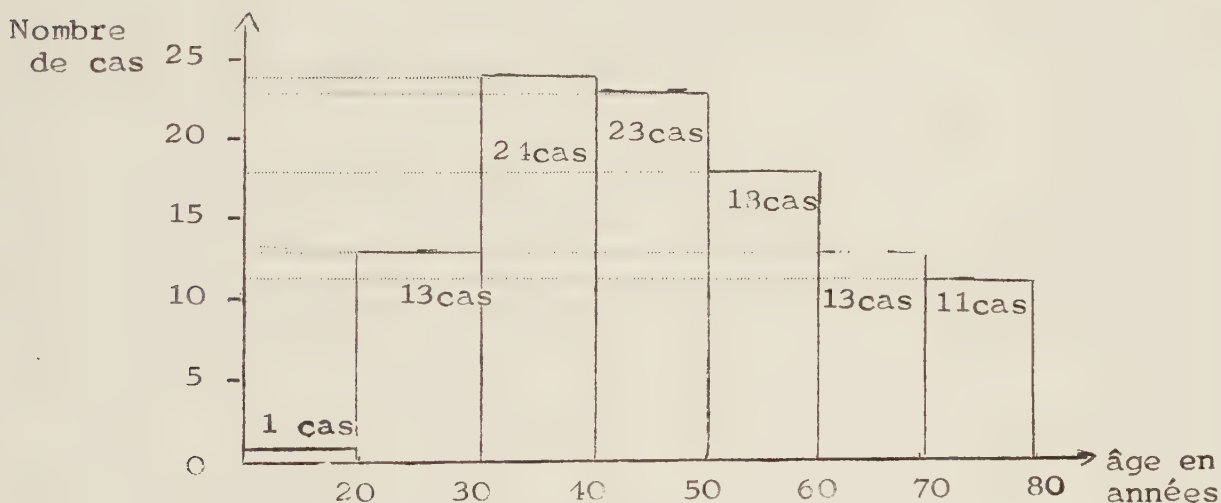
1) LES FACTEURS ETIOLOGIQUES:

a) LE S E X E

En ce qui concerne le sexe nous avons 81 femmes pour 22 hommes. Cette nette prédominance chez la femme se retrouve en fait dans toutes les statistiques. La lithiase biliaire est une affection touchant surtout la femme.

b) L' A G E

La répartition selon l'âge figure sur le tableau suivant:



On note la nette prédominance entre 30 et 50 ans soit 47/103.

En Europe l'empierrement de la voie biliaire prédomine au contraire chez les personnes âgées de plus de 50 ans.

- Dans l'étude d'AYARI et CAROLI 12 mala des sur 18 ont plus de 50 ans.

- GERSANT rapporte 35 malades âgés de plus de 50 ans sur ses 46 observations.

.../...

D'après FRAISSE, ETAIX & GAUTHIER le début des troubles se fait après 50 ans dans 90 % des cas de lithiase cholédocienne.

Nous opérons donc pour empièchement des malades relativement jeunes.

2) LES MANIFESTATIONS CLINIQUES:

a) L'ancienneté des troubles figure sur le tableau suivant:

Durée d'évolution	Nombre de cas
- moins de 1 an	23 cas
- de 1 à 2 ans	28 cas
- de 3 à 5 ans	29 cas
- de 6 à 10 ans	18 cas
- plus de 10 ans	5 cas

b) Les manifestations cliniques lors de l'admission sont résumés dans le tableau suivant:

- crises douloureuses isolées: 17 cas
- ictère isolé: 1 cas
- coliques hépatiques et ictère ...: 14 cas
- angiocholites sans ictère: 18 cas
- angiocholites et ictère: 53 cas

c) L'interrogatoire des nos malades est un temps capital pour le diagnostic clinique.

Nous nous sommes attachés à déterminer l'ancienneté des troubles en fonction de chaque manifestation clinique.

Le délai diagnostique chez les malades présentant des crises douloureuses isolées figure dans le tableau suivant:

- moins de 1 an: 1 cas
- de 1 à 2 ans: 4 cas
- de 3 à 5 ans: 7 cas
- de 6 à 10 ans: 3 cas
- plus de 10 ans: 2 cas

Le délai diagnostique chez les malades présentant des coliques hépatiques avec ictère est le suivant:

- moins de 1 an: 6 cas
- de 1 à 2 ans: 3 cas
- de 3 à 5 ans: 3 cas
- de 6 à 10 ans: 1 cas
- plus de 10 ans: 1 cas

Pour les Angiocholites sans ictère l'ancienneté des troubles est schématisée dans le tableau suivant:

- moins de 1 an: 5 cas
- de 1 à 2 ans: 3 cas
- de 3 à 5 ans: 4 cas
- de 6 à 10 ans: 5 cas
- plus de 10 ans: 1 cas

Pour les Angiocholites avec ictère

- moins de 1 an: 23 cas
- de 1 à 2 ans: 5 cas
- de 3 à 5 ans: 16 cas
- de 6 à 10 ans: 9 cas
- plus de 10 ans: 1 cas

Pour le cas d'ictère isolé Les troubles remontent à 6 ans.

AU TOTAL ON NOTE QUE:

- dans 35 cas il n'y a aucune manifestation ictérique.
- dans 17 cas les crises douloureuses sont de type purement vésiculaire.

.../...

- la nette prédominance de l'angiocholite: 72 cas/103.
- la relative fréquence de l'ictère puisqu'il est retrouvé 68 fois.
- on ne soulignera jamais assez cependant que l'absence d'ictère ne préjuge pas de l'état du cholédoque.

d) L'examen clinique de ces malades est le plus souvent pauvre.

- le signe de Murphy est le plus souvent positif
- l'hépatomégalie fut retrouvée 42 fois
- la grosse vésicule Palpable 9 fois
 - . 5 fois il s'agissait d'angiocholite sans ictère
 - et 4 fois d'angiocholite avec ictère.

Il s'agit des dossiers suivants:

2231/65	-	1089/69	-	486/70
933/69	-	1018/70	-	1084/71
1174/64	-	2209/65	-	2735/65

La splénomégalie fut retrouvée 8 fois dont :

- une fois associée à une grosse vésicule (dossier 2735/65 .
- deux fois chez des malades traités pour tuberculose (dossiers 629/69 et 1362/71).
- une fois chez une malade au stade de cirrhose biliaire. Mais dans tous les cas elle est associée à une hépatomégalie.

Nous remarquons donc le polymorphisme clinique et c'est ce qui nous pousse à admettre qu'il n'y a pas de signe clinique propre à l'empierrement de la voie biliaire principale.

La lithiase cholédocienne doit être systématiquement recherchée par d'autres moyens diagnostiques quel que soit le tableau clinique sous lequel se manifeste la lithiase biliaire.

C'est pourquoi l'étape radiologique peut nous apporter une aide appréciable .

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOLUME LXXII. PART I. 1942.

II) - LA RADIOLOGIE

L'étude radiologique pré-opératoire est un complément diagnostique non négligeable.

1) La radiographie sans préparation:

Cet examen simple et inoffensif nous a permis de porter le diagnostic de lithiase de la voie biliaire principale une fois, en objectivant la présence de calcifications dans la région sous hépatique et pancréatique (dossier 2381/65).

2) La cholécystographie orale:

Ses résultats sont limités, mais assez appréciables. Cet examen a été pratiqué 20 fois. Les résultats sont les suivants:

- 14 fois : il n'a objectivé aucune opacification.
- 3 fois : il a objectivé la présence d'une lithiase vésiculaire.
- 2 fois : il a objectivé une lithiase vésiculaire et cholédocienne.
- 1 fois : il a montré la présence de calculs cholédo-ciens .

3) La cholangiographie intra-veineuse:

Cet examen a été pratiqué 38 fois dans cette série d'observations. Les résultats obtenus sont les suivants:

- 15 fois : absence d'opacification
- 6 fois : lithiase vésiculaire
- 5 fois : lithiase vésiculaire et cholédocienne
- 10 fois : lithiase cholédocienne
- 2 fois : cholédoque dilaté.

Au total la cholangiographie intra-veineuse a porté le diagnostic de lithiase de la voie biliaire principale dans 15 cas .

.../...

Nous insistons sur la nécessité de coupler cet examen avec la tomographie. Celle-ci permet une étude plus fine du bas cholédoque et de la région oddienne. Elle apporte par ailleurs des renseignements importants spécialement pour la détection des calculs.

4) La trans-cutané - trans-hépatique.

Cet examen, d'intérêt diagnostique certain, qui doit être pratiqué en salle d'opération sur malade anesthésié n'est pas sans danger car il risque de créer un cholépéritoine.

Nous l'avons pratiqué une seule fois dans cette étude pour deux raisons :

- la voie d'abord pour ictère qu'il soit d'origine lithiasique ou non est la voie médiane éventuellement agrandie par un débridement latéral.

- le seul diagnostic qui contreindique l'intervention, contre-indication d'ailleurs discutée, est l'ictère viral prolongé. Un tel diagnostic a été envisagé une seule fois: en voici l'observation.

Dossier 1018/70

S... Doudja 50 ans .

Le début des troubles remonte à 1 mois et demi, marqué par des douleurs au niveau de l'hypocondre droit à irradiations interscapulaire et épigastrique, accompagnées de vomissements bilieux et de troubles du transit à type de constipation. L'institution d'un traitement médical à base d'anti-spasmodiques a soulagé la malade. Puis 8 jours après, elle présente une 2ème crise identique à la première ayant cédé sous traitement médical.

Quinze jours après elle présente une 3ème crise avec apparition d'un ictère progressif accompagné d'urines foncées.

.../...

Hospitalisée le 13/7/70 : à l'examen: la palpation réveille une douleur sous costale droite et une grosse vésicule. Méléna en cours d'hospitalisation.

Le bilan biologique:

- bilirubine : 200 mg/oo
- T.P.: 71 %
- Amylasémie : 106. U.S.
- S G O T: 190 U.K
- S G P T: 100 U.K
- Phosphatases alcalines : 16,30 U.Bodansky
- Gros: 2,30 ml
- Mac Lagan .: 10 U.V.
- Urée sanguine: 0,55 g/o.

Le T.G.D.: Image lacunaire au niveau du bord interne de D₂ . On évoque la possibilité d'une tumeur vatricienne.

Une T.C.T.H. est pratiquée le 27/7/70.

Sur malade endormie, en vue d'une intervention. Les voies biliaires intra et extra-hépatiques sont très dilatées. Il n'existe aucun passage oddien (photo N° 3). Pas de lithiasse apparamment. On maintient le diagnostic d'ampullome vatrien.

LMSO : l'exploration confirme la présence d'une grosse vésicule qui est ponctionnée. La palpation montre qu'il existe une lithiasse vésiculaire et cholédocienne.

Cholécystectomie : des calculs polyédriques sont extraits de la vésicule .

On individualise un gros cystique dont la tranche de section est agrandie vers le cholédoque et par où l'on extrait 14 calculs polyédriques. La pince à calculs semble alors passer facilement dans le duodénum.

.../...

Cholangio de contrôle: toujours pas de passage oddien.
Abord trans duodénal de la papille.

Pas de tumeur vaticienne.

Sphinctérotomie large.

Cholangio de contrôle: voies biliaires de calibre
considérablement réduit et bon passage oddien (photo n°4).

Nous insistons sur les conditions techniques qui doivent être rigoureuses pour la pratique de cet examen et spécialement sur la nécessité d'injecter progressivement le produit pour ne pas noyer les calculs par la colonne opaque comme dans le cas présent.

5) Les autres examens tel que la scintigraphie au rose bengale, l'écogramme peuvent apporter des renseignements précieux. Cependant nous n'en n'avons pas la pratique.

III) - LA B I O L O G I E =====

Les explorations biologiques sont précieuses à un double point de vue: pour aider au diagnostic dans certains cas, surtout d'ictère mais essentiellement pour apprécier le degré du retentissement de l'affection sur certains organes (foie, rein ...) et surveiller l'évolution.

Les explorations fonctionnelles hépatiques malgré leur multiplicité et leur complexité apportent très rarement des arguments décisifs. Dans le service les tests classiques ont été pratiqués.

A) LE BILAN DIAGNOSTIC-

a) Etude de la fonction hépatique

1) Le syndrome de rétention biliaire

Son intérêt diagnostic est limité surtout dans les ictères prolongés avec infection biliaire surajoutée où après les lésions initialement mécaniques (ictère-post hépatiques) vont se développer des lésions hépato-cellulaires, rendant aléatoire la classique distinction entre ictères à bilirubine libre et ceux à bilirubine conjuguée. Cependant en l'absence d'ictère une légère élévation de la bilirubine fait suspecter une obstruction de la voie biliaire principale.

Les autres éléments de rétention biliaire sont représentés par l'élévation du taux de phosphatases alcalines et du cholestérol.

2) Le syndrome de cytolyse, caractérisé par l'augmentation des transaminases sériques surtout de la fraction glutamo-pyruvique et du fer sérique, est en faveur d'un ictère hépatique. Ce test semble avoir une certaine importance dans le diagnostic des hépatites dont il est un témoin assez fidèle.

3) Le syndrome inflammatoire comporte des tests dont la positivité peut permettre la confirmation d'un ictère hépatique. Si les réactions couplées de HANGER et MAC LAGAN sont

fortement positives: il s'agit d'un signe en faveur d'une hépatite.

Le test de GROS est abaissé dans les hépatites et surtout dans les cirrhoses avec ictère.

L'étude de l'électrophorèse peut donner des renseignements utiles: dans l'hépatite cirrhogène le taux de gammaglobulines est le double de la normale. Dans l'hépatite les alpha 2 seraient inférieures à la normale, de même que les bêta globulines.

4) Le syndrome d'insuffisance hépato-cellulaire est marqué dans les hépatites:

- rapport d'estérification bas,
- l'abaissement tardif du taux de prothrombine non corrigé par la vitamine K (test de KOLLER négatif).

L'étude des cléarences est d'un moindre intérêt diagnostique. Elle a été exceptionnellement faite dans nos cas.

b) La recherche de l'antigène d'Australie est une exploration moderne de grande valeur diagnostique en cas d'hépatite.

Dans les cas d'ictères obstructifs où elle a été pratiquée elle s'est toujours avérée négative.

B) LE BILAN PRONOSTIC

En fait dans les ictères par empierrements de la voie biliaire principale les examens biologiques auront surtout un intérêt pronostic grâce à l'évaluation du retentissement de l'affection sur les fonctions hépatiques et rénales notamment.

a) Le retentissement hépatique est apprécié par les différents tests déjà vus et surtout par le taux de prothrombine. Dans 50 % de nos cas, ce taux était abaissé. L'administration de vitamine K par voie parentérale a permis de ramener les chiffres à la normale dans tous les cas.

b) L'appréciation de la fonction rénale est très importante, Le taux d'urée sanguine sera suivi régulièrement. Elle permet d'attirer l'attention dès le début sur l'angio-cholite urémigène dont on connaît le facteur pronostic.

Dans nos observations, 10 fois l'hyperazotémie était supérieure à 0,60 g. Le traitement médical a permis à chaque fois de rétablir une fonction rénale satisfaisante.

C) LE RETENTISSEMENT SUR L'ETAT GENERAL:

- le degré d'anémie souvent présente (31 fois taux de globules rouges inférieur à 3 M. 500).

- L'hypoprotidémie souvent retrouvée, ne nous à pas paru comme un élément de mauvais pronostic.

- Enfin chez ces malades souvent fragiles la recherche des tares viscérales est systématique (Diabète...).

Au terme de cette étude l'on peut conclure que:

- * l'apport de la biologie n'est pas négligeable quand il permet d'éliminer une hépatite virale ou tout autre ictère médical.

En l'absence d'ictère il permet de suspecter une obstruction incomplète de la voie biliaire principale en cas d'élévation moyenne du taux de bilirubine.

- * L'intérêt de la biologie est capitale. Elle permet d'évaluer objectivement la résistance du malade, de diriger la réanimation en pré, per et post-opératoire et enfin d'établir un pronostic.

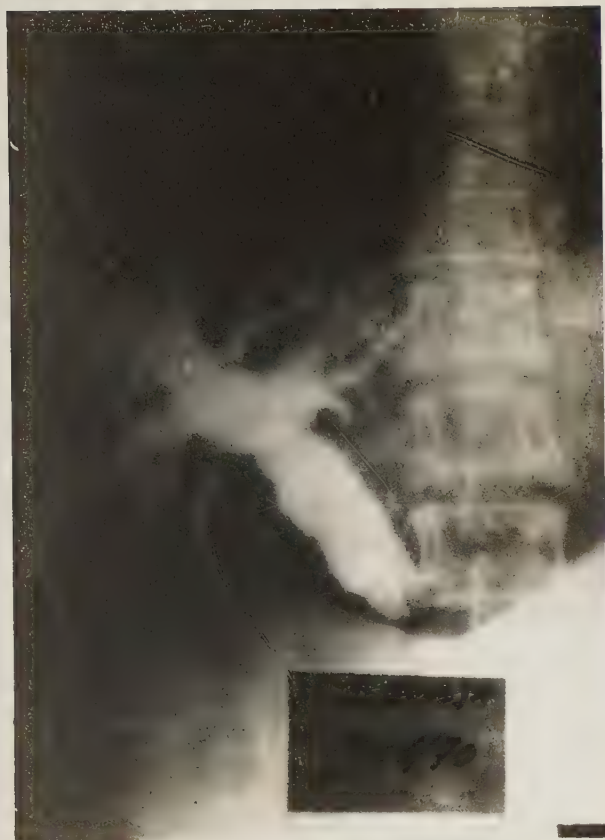
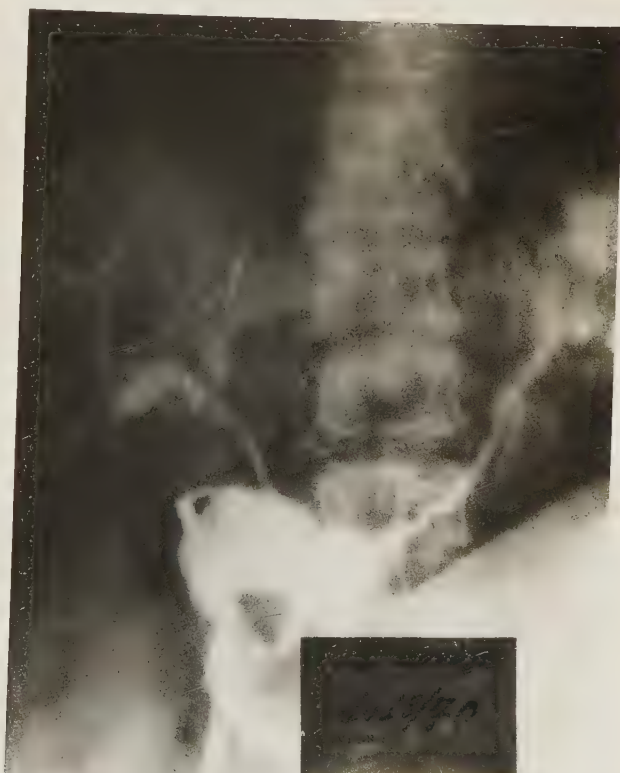


Photo N° 3

Obs. N° 74, dossier 1018/70
Trans-cutané, trans-hépatique
1er cliché de détection.

Photo N° 4

Obs. 74, dossier 1018/70
Cholangiographie per-
opératoire de contrôle.



// E // R A I T E M E N T

- I - LES PRINCIPES DU TRAITEMENT
- II - LA PREPARATION DU MALADE A L' INTERVENTION
- III- L' INTERVENTION PROPREMENT DITE
- IV - LES INDICATIONS
- V - LES SUITES OPERATOIRES

I - LES PRINCIPES DU TRAITEMENT

1) Le traitement est chirurgical.

Il faut d'emblée insister sur l'importance des soins associés chez ces malades souvent fragiles.

2) Il faut dans la mesure du possible traiter toutes les lésions dans le même temps opératoire.

3) L'ablation des calculs doit être complète car la lithiasie résiduelle reste la hantise du chirurgien.

4) La liberté de passage de la bile dans le tube digestif doit être assurée sous peine de voir survenir par la suite stase, infection et récurrence lithiasique.

II - LA PREPARATION DU MALADE A L'INTERVENTION

Les soins sont basés sur les résultats du bilan pré-opératoire et ont pour but de corriger les divers désordres biologiques:

- Lutter contre la déficience hépatique par un régime riche en hydrates de carbone et en protides, nécessitant parfois le recours à des perfusions intra-veineuses glucosées que l'on peut associer aux préparations synthétiques injectables de protides.

- L'anémie sera corrigée par des transfusions de sang iso-groupe, iso-Rh .

- L'hypoprotidémie nécessite des perfusions de sérum albumine.

- L'hypoprothrombinémie sera corrigée par l'administration de vitamine K.

- On luttera contre l'infection par l'administration d'antibiotiques au spectre biliaire plus électif tel que: Tétracycline, colimycine, pénicilline à fortes doses, cloramphénicol.

- Le traitement des tares viscérales associées ne doit pas être négligé .

III - L'INTERVENTION PROPREMENT DITE

1) Les gestes préliminaires:

- L'intervention est menée sous anesthésie générale avec intubation. L'oxygénation doit être satisfaisante. L'emploi de drogues hépato-toxiques sera évité.

- La voie d'abord: la voie médiane sus-ombilicale a été la règle pour tous nos malades.

2) Le temps d'exploration:

Cette exploration qui est un temps fondamental sera :

- visuelle
- manuelle
- radiologique

a) L'exploration visuelle et manuelle permet un inventaire complet de la cavité abdominale. L'état du pancréas retiendra particulièrement l'attention.

La palpation douce de la vésicule sera la règle en se gardant de chasser par la pression d'éventuels calculs dans le cholédoque.

La palpation du cholédoque sus-duodéal se fera avec douceur afin de ne pas chasser d'éventuels calculs vers les voies biliaires intra-hépatiques.

b) L'exploration radiologique:

L'étude radiologique per-opératoire reste le temps essentiel de toute intervention sur la voie biliaire.

- L'étude radiomanométrique:

Sa valeur est très relative et discutée. En cas d'empierrement de la voie biliaire principale elle n'est d'aucune utilité car le volume des calculs, leur multiplicité, gênent le passage de la drogue et nécessite des instillations sous hyperpressions non physiologiques.

.../...

- La cholangiographie per-opératoire est l'examen capital admis par tous les auteurs. Elle doit être systématique à deux moments :

- avant toute exploration instrumentale de la voie biliaire principale : clichés de détection.

- après désobstruction : clichés de contrôle.

La cholangiographie de détection est pratiquée généralement par le moignon cystique. Quand cette voie n'est pas possible on aura recours à la ponction du cholédoque.

Elle permet de renseigner sur :

- le calibre de la voie biliaire principale.
- l'état des voies biliaires intra-hépatiques.
- l'état du sphincter d'ODDI .
- le nombre, la taille et le siège des calculs.

Après lecture des clichés de cholangiographie per-opératoire la cholécystectomie est la règle .

3) La désobstruction de la voie biliaire principale

a) La désobstruction par voie haute peut se faire de différentes façons :

- soit par le cystique béant ou par l'orifice d'une fistule biliaire. Sinon on aura recours à des incisions canalaire :

- cystico-cholédocienne le plus souvent
- rarement le cholédoque sus-duodéal
- de préférence à la jonction canal hépatique

commun - cholédoque .

- parfois l'hépatique lui-même
- exceptionnellement l'abord direct de la branche gauche, tel qu'il a été préconisé par CHAMPEAU .

.../...

Par l'orifice obtenu l'ablation des calculs se fait de deux manières :

- instrumentale
- et par les lavages.

Les instruments utilisés sont les pinces à calculs (dragues et curettes de Desjardins), les dilatateurs de BAKES et les curettes souples de MIRIZZI. La sonde de DORMIA semble très intéressante pour l'extraction de micro-calculs qui échappent le plus souvent aux autres instruments.

La désobstruction par cette voie a été faite 28 fois dont 2 fois l'incision a porté sur l'hépatique.

b) La désobstruction par voie basse

Il s'agit essentiellement de la sphinctérotomie souvent imposée par un calcul enclavé dans l'ampoule de vater. Il est rare de réaliser d'emblée une sphinctérotomie pour extraire des calculs libres dans la voie biliaire principale.

c) La désobstruction par voie mixte

Elle est souvent imposée par l'empierrement de la voie biliaire principale.

La voie haute servant à extraire le maximum de calculs notamment ceux situés dans les hépatiques.

La voie basse servant à extraire des calculs bloqués dans le bas cholédoque.

C'est l'attitude suivie dans le service et appliquée à la majorité des cas. La désobstruction:

- par cysticotomie et sphinctérotomie a été faite
63 fois.
- par cholédocotomie et sphinctérotomie a été faite
12 fois .

.../...

4) Le contrôle de la vacuité de la voie biliaire principale.

C'est un temps fondamental.

a) La cholangiographie de contrôle.

La cholangiographie est considérée comme le meilleur moyen de contrôle et de prévention des calculs restants, à condition d'être exécutée avec minutie, en respectant des règles précises.

La lecture des clichés doit être minutieuse car si la lithiase résiduelle reste la hantise du chirurgien, la méconnaissance de lésions associées telle qu'une oddite entraîne aussi des déboires.

ROUX, VAYRE, HUREAU, LEVASSEUR et FARAH estiment l'existence d'un obstacle organique au niveau du sphincter d'oddi dans 70 % des cas de lithiases résiduelles.

Cet examen de contrôle doit être systématique au cours de toutes interventions sur la voie biliaire.

b) La cholédoscopie

Cet examen serait d'un grand secours au cours de l'empierrement de la voie biliaire principale. Il évite la prise répétée de clichés per-opératoire, notamment en cas de calculs encastrés.

Cependant nous n'en n'avons pas la pratique.

Certains auteurs comme LORTAT Jacob, RICHARD et GIULI pratiquent cet examen systématiquement chaque fois qu'il y a indication d'une cholédocotomie.

5) Le comportement vis-à-vis de la voie biliaire principale.

a) La suture primitive ou "cholédocotomie idéale".

Elle est réservée aux voies biliaires souples, non infectées où les manoeuvres n'ont pas été complexes, c'est dire qu'elle est rarement réalisable. C'est une méthode dangereuse car le lachage d'une suture cholédocienne est de pronostic

très grave. D'autre part des mesures préventives s'avèrent indispensables car les corps étrangers et en particulier les fils de suture en matériau non résorbable peuvent être à l'origine de précipitations calculeuses. C'est pourquoi il faut utiliser des fils de catgut pour le plan postérieur et des fils très fins pour le plan antérieur (soie 000) sans traverser la muqueuse.

b) Le drainage biliaire externe:

Le drain transcystique: de pratique simple et rapide. Cependant il est très peu utilisé.

Le drain de KEHR : son principe est de ménager la possibilité du transit de la bile vers le duodénum dès la fin de l'intervention tout en lui assurant une libre dérivation vers l'extérieur.

Ses avantages :

- supprime la fuite biliaire
- permet un calibrage de la voie biliaire principale
- permet de faire des cholangiographies de contrôle
- facilite la mise en oeuvre d'un traitement médical par la méthode de PRIBRAM en cas de lithiasé résiduelle dont chaque école a sa recette propre.

Indication de sécurité si l'on dispose d'un contrôle radiologique.

Indication de nécessité pour l'empierrement en l'absence de contrôle radiologique.

Le drain transpapillaire : Ce drain calibrerait l'ouverture sphinctérienne et doit être laissé en place 15 à 20 jours. Il peut être cause d'une pancréatite car il gêne l'écoulement du flux pancréatique. Il a été utilisé une seule fois dans cette série .

c) Les anastomoses bilio-digestives:

Ce sont des procédés qui consistent à anastomoser les voies biliaires au tractus digestif, donc qui mettent en communication la lumière des voies biliaires avec celle du tube digestif. De ce fait le mécanisme sphinctérien est mis hors circuit. Elles sont réservées aux voies biliaires très dilatées.

Les procédés:

- L'anastomose cholédoco-duodénale
- L'anastomose cholédoco-jéjunale sur anse montée en Y à la ROUX .
- L'anastomose cholédoco-jéjunale sur anse montée en Oméga à la BRAUN .

L'anastomose cholédoco-duodénale est une méthode simple, d'exécution rapide. Son inconvénient majeur est le risque d'Angiocholite par reflux et stase. Elle est réservée aux sujets âgés, fatigués, tarés.

L'anastomose cholédoco-jéjunale latéro-latérale ou termino-latérale sur une anse grêle s'adresse surtout aux sujets jeunes en bon état général. C'est une intervention longue mais elle évite le reflux. Elle n'est pas à l'abri de la stase par sténose secondaire de l'anastomose.

d) La sphinctérotomie:

Il existe de nombreuses modalités pratiques. Celle utilisée dans le service a été décrite par SEROR, RIVES et STOPPA (Afrique Franç chir., 1er trim. 1961, 19 , n° 1, 45-52), puis par RIVES et STOPPA (Presse Méd., 1er et 22 juin 1968, 76, n° 27 , 1353 - 1356) .

Les temps principaux de cette technique sont les suivants:

- Le repérage de la papille se fait à l'aide d'une sonde en gomme n° 10 ou 12 introduite par le cystique ou par cholédocotomie.

- L'extériorisation de la papille hors de la duodénotomie se fait par des fils repères au catgut.

- La section du sphincter d'oddi est de 15 mm en moyenne.

- La section se fait toujours au bistouri électrique.

La sphinctérotomie selon cette technique occupe une large place dans nos indications :

- Pour compléter une désobstruction
- Pour traiter une oddite
- Pour assurer un large drainage interne de sécurité.

Il est à signaler que la sphinctéroplastie est réalisée quand la section du sphincter d'oddi est faite au bistouri à froid dans le but d'un prélèvement biopsique.

Enfin dans tous les cas l'intervention sera terminée par un drainage de la région sous-hépatique.

IV - LES INDICATIONS OPERATOIRES =====

Nous avons le plus souvent utilisé des tableaux pour résumer nos indications opératoires afin d'apporter le plus grand nombre d'éléments.

SCHEMA DE NOS INDICATIONS

Ce tableau qui montre l'ensemble de nos indications opératoires met en évidence la nette prédominance de la Sphinctérotomie (77 fois pour 103 interventions).

Cholédocotomie idéale	2 cas
Drainage biliaire externe:	
- Drain de KEHR	11 cas
- Drain de KEHR + GASTRO-ENTEROSTOMIE	1 cas
Sphinctérotomie isolée:	
- De nécessité	46 cas
- De sécurité	8 cas
Sphinctérosplastie	4 cas
Sphinctérotomie + autres gestes:	
- Avec drain de KEHR	10 cas
- Avec drain transcystique	5 cas
- Avec drain trans-papillaire	1 cas
- Avec périkysectomie	2 cas
- Avec Gastro-entérostomie	1 cas
Anastomose bilio-digestive:	
- Cholédoco-duodénale	5 cas
- Hépatico-duodénale	1 cas
- Cholédoco-jéjunale	4 cas
- Cholédoco-duodénale + gastro entérostomie:	2 cas

La cholédocotomie "idéale" a été pratiquée chez deux malades.

Cette méthode nous semble très insuffisante et même dangereuse dans le traitement de l'empierrement de la voie biliaire principale.

Indication "accidentelle" pour nous et nullement satisfaisante.

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Diamètre hépato- cholédocien	Suites Opérat.
1902/68	15	54	Angiocho- lite et ictère	14 mm	Complicquées : Lachage de suture par lithiase résiduelle
739/70	73	58	Crises doulou- reuses isolées	20 mm	Simple

DRAINAGE BILIAIRE EXTERNE ISOLE

1°) DRAIN DE KEHR: 11 cas

N° Dossier	N° Obs.	AGE	Tableau clinique	Suites Opératoires
903/63	4	65	Angiocholite et ictère	Simple
1057/64	6	48	Coliques hépatiques et ictère	D.C.D.
461/68	40	45	Angiocholite	D.C.D.
588/69	54	73	Angiocholite	D.C.D.
920/69	56	72	Coliques hépatiques et ictère	D.C.D.
1206/69	59	24	Angiocholite et ictère	Lithiase résiduelle: - Réintervention - <u>Sphinctérotomie</u>
355/70	68	52	Angiocholite et ictère	D.C.D.
417/70	70	57	Angiocholite et ictère	Simple
1528/71	88	71	Coliques hépatiques et ictère	Lithiase résiduelle: - Réintervention - <u>Sphinctérotomie</u>
1808/71	89	63	Coliques hépatiques et ictère	Simple
251/72	92	35	Angiocholite et ictère	Simple

2°) DRAIN DE KEHR + GASTRO ENTEROSTOMIE: 1 cas

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	S u i t e s
870/72	103	74	Angiocholite et ictère	Simple

La gastro-entérostomie a été pratiquée chez cette malade de 74 ans en raison de la difficulté de dissection à cause de la pré fistule bilio-digestive.

SPHINCTEROTOMIE ISOLEE

La sphinctérotomie isolée a été pratiquée chez 54 de nos malades.

Dans 46 cas, il s'agissait d'une indication de nécessité soit:

- 40 fois pour oddite
- et 6 fois pour calculs enclavés.

Dans 8 cas, c'est une indication de sécurité soit:

- 6 fois pour pancréatite chronique
- et 2 fois pour micro lithiasie abondante sans oddite.

A) - INDICATION DE NECESSITE:

1)- SPHINCTEROTOMIE POUR ODDITE

Elle a été pratiquée 40 fois. La répartition, en fonction du tableau clinique, est la suivante:

{ Angiocholite	!	6 cas	}
{ Angiocholite et Ictère	!	21 cas	}
{ Coliques hépatiques et Ictère	!	3 cas	}
{ Crises douloureuses isolées	!	10 cas	}

Il est à noter que le diamètre hépato cholédocien était supérieur à 15 mm dans 16 cas .

Les suites opératoires furent simples 37 fois et dans 3 cas elles étaient compliquées. Nous en reparlerons dans le chapitre suivant.

.../...

2)- SPHINCTEROTOMIE POUR CALCUL ENCLAVE : 6 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau clinique	Diamètre	Suites Opératoires
878/63	2	22	Angiocholite et ictère		Simple
1060/64	8	27	Crises douloureuses isolées	13 mm	Simple
636/67	37	78	Angiocholite et ictère	11 mm	Simple
1425/68	42	54	Angiocholite et ictère	15 mm	Simple
1613/70	78	54	Angiocholite	9 mm	Simple
627/72	97	30	Angiocholite et ictère	17 mm	Simple

B)- SPHINCTEROTOMIE DE SECURITE : 8 CAS

1) - POUR PANCREATITE CHRONIQUE : 6 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau clinique	Diamètre Hépatocholédocien	Suites
1080/64	9	30	Angiocholite et ictère	15 mm	Simple
1190/64	13	57	Angiocholite et ictère	16 mm	Lithia. résiduel
303/67	30	70	Angiocholite	17 mm	Simple
457/67	31	21	Angiocholite et ictère	13 mm	Simple
611/67	35	67	Coliques hépatiques et ictère	15 mm	Simple
867/68	41	33	Angiocholite	14 mm	Simple

L'indication d'une sphinctérotomie pour pancréatite chronique n'est pas habituelle : En fait il s'agit de pancréatite chronique non autonome et nous pensons que le traitement de la lithiase arrête l'évolution de cette pancréatite satellite. Les résultats obtenus montrent qu'il n'est ni aberrant ni hasardeux d'élargir aussi les indications de la sphinctérotomie.

2)- POUR MICRO LITHIASÉ ABONDANTE : 2 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Diamètre Hépatocolédocien	Nombre de Calculs	Suites Opératoires
1691/69	63	33	Angiocholite	9 mm	26	Simple
2106/68	48	38	Coliques Hépatiques et ictère	18 mm	20	Hémorragie digestive mais guérison

SPHINCTÉROPLASTIE : 4 CAS

Elle a été pratiquée car la tranche de section était hémorragique.

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Hémorragique	Diamètre	Nécessité ou Sécurité	Suites Opératoires
03/69	52	38	Angiocholite	12 mm	Nécessité calcul enclavé	D.C.D.
50/69	53	24	Crises douloureuses isolées	10 mm	Nécessité calcul enclavé	Simple
33/69	57	24	Angiocholite	15 mm	Sécurité (Pancréatite chronique)	Simple
08/69	60	71	Angiocholite	20 mm	Nécessité calcul enclavé	Simple

SPHINCTEROTOMIE + DRAIN DE KEHR : 10 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	TABEAU CLINIQUE	DIAMETRE	SPHINCTEROTOMIE DE SECURITE OU DE NECESSITE	SUITES OPERATOIRES
887/63	3	40	Angiocho- lite et ictère		Sécurité	D.C.D.
2735/65	22	55	Angiocho- lite et ictère		Sécurité	Simples
580/70	72	49	Crises dou- loureuses et isolées	8 mm	Nécessité calcul enclavé	Simples
1513/70	76	55	Angiocho- lite et ictère	22 mm	Nécessité calcul enclavé	Simples
730/71	82	40	Angiocho- lite et ictère	13 mm	Nécessité calcul enclavé	Simples
991/71	83	56	Coliques hépatiques et ictère	10 mm	Sécurité calculs friables	Simples
1044/71	84	60	Angiocho- lite	14 mm	Sécurité calculs friables	Simples
250/72	91	55	Angiocho- lite et ictère	19 mm	Sécurité	Simples
606/72	96	49	Coliques hépatiques et ictère	25 mm	Sécurité	Simples
840/72	100	28	Angiocho- lite et ictère	20 mm	Sécurité	Abcès sous phénique + pleurésie base droite mais guéri- son.

SPHINCTEROTOMIE + DRAIN TRANS-CYSTIQUE : 5 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Diamètre Hépatobiliaire	Sphinctérotomie de nécessité ou sécurité.	Suites Opératoires.
1209/69	61	30	Angiocholite et ictère	11 mm	Sécurité (P.C.)	Simple
1091/70	75	63	Coliques Hépatiques et ictère	8 mm	Sécurité	Complicées lithiasique résiduelle D.C.D.
1676/70	79	39	Angiocholite et ictère	17 mm	Sécurité micro lithiasique abondante	Simple
393/71	81	27	Angiocholite et ictère	11 mm	Sécurité micro lithiasique abondante	Simple
452/72	95	19	Angiocholite et ictère	11 mm	Sécurité (P.C.)	Simple

SPHINCTEROTOMIE + DRAIN TRANS-PAPILLAIRE : 1 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Diamètre Hépatobiliaire	Sphinctérotomie de nécessité ou sécurité.	Suites Opératoires.
1617/70	77	46	Angiocholite et ictère	12 mm	Sécurité	Simple

Pourquoi associer un drainage externe à un drainage interne ?

Le drainage biliaire externe associé à la sphinctérotomie est un geste de prudence. Il permet de réaliser en post-opératoire des lavages en cas de bile fortement septique ou de soulager temporairement la voie biliaire principale lorsque le contrôle montre une stase cholédocienne liée à un oedème important post-sphinctérotomie.

.../...

SPHINCTEROTOMIE + PERIKYSTECTOMIE : 2 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Diamètre Hépatobiliaire	Nécessité ou Sécurité	Suites Opératoires
257/70	67	37	Angiocholite et ictère	9 mm	Nécessité (calculs enclavés)	Simple
1080/71	85	73	Crises douloureuses isolées	14 mm	Sécurité	Complicées D. C. D.

SPHINCTEROTOMIE + GASTRO-ENTEROSTOMIE : 1 CAS

Pour sténose duodénale par périviscérite.

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Diamètre Hépatobiliaire	Nécessité ou Sécurité	Suites Opératoires
1629/68	43	30	Crises douloureuses isolées	22 mm	Nécessité (calculs enclavés)	Simple

Les gestes associés sont imposés par les conditions locales.

Une fois imposé par les complications régionales de la maladie Lithiasique (Sténose Duodénale par périviscérite) et deux fois par un kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires.

.../...

ANASTOMOSES CHOLEDOCO-DUODENALES : 5 cas

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Diamètre Hépato-Cholédocien	Suites Opératoires
2251/65	19	45	Angiocholite	25 mm	Simple
2381/65	20	44	Coliques hépatiques et ictère	23 mm	Simple
134/67	29	33	Ictère isolé	24 mm	Simple
663/72	98	68	Angiocholite et ictère	28 mm	Simple
820/72	99	56	Crises douloureuses isolées	30 mm	Simple

ANASTOMOSE HEPATICO DUODENALE : 1 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Remarques	Suites Opératoires
1089/69	58	46	Angiocholite	-Pas de RX -diamètre sup. à 30 mm	Simple

Les anastomoses bilio-digestives occupent une place réduite dans notre série d'empierrements de la V.B.P., car à notre avis seuls les cholédoques dont le diamètre est supérieur à 20 mm permettent la confection d'une anastomose à l'abri d'une détérioration à long terme. Le choix entre cholédoco-jéjunale et cholédoco-duodénale dépend autant de l'état général du malade que de l'état local.

.../...

ANASTOMOSES CHOLEDOCO-JEJUNALES : 1 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Diamètre Hépatocholédocien	Suites Opératoires
2146/65	14	41	Angiocholite et ictère	25 mm	Simple
2204/65	15	61	Coliques Hépatiques	23 mm	D. C. D.
2220/65	17	38	Angiocholite et ictère	25 mm	D. C. D.
240/71	80	37	Angiocholite et ictère	26 mm	Simple

ANASTOMOSE CHOLEDOCO-DUODENALE + GASTRO-ENTEROSTOMIE :

2 CAS

N° Dossier	N° Obs.	Age	Tableau Clinique	Diamètre Hépatocholédocien	Suites Opératoires
1054/64	5	62	Coliques Hépatiques et ictère	30 mm	Simple
2031/68	46	58	Angiocholite et ictère	25 mm	Simple

V - LES SUITES OPERATOIRES
=====

I)- LES SUITES IMMEDIATES

Elles sont classées d'après les gestes opératoires effectués.

- a) Malades ayant subi une cholédocotomie "idéale": 2 cas
- Suites simples : 1 cas
 - Délai d'hospitalisation post-opératoire: 17 jours.
 - Suites compliquées: 1 cas
 - Lâchage de suture^{par}/lithiasse résiduelle et décès tardif.
- b) Malade ayant subi drainage biliaire externe isolé: 11 cas.
- Suites simples : 4 cas
 - Délai d'hospitalisation post-opératoire:
 - . minimum : 22 jours
 - . maximum : 74 jours.
 - Suites compliquées : 7 cas dont 5 décès.
- c) Malades ayant subi un drainage biliaire avec gastro-entérostomie : 1 cas .
- Suites simples.
 - Délai d'hospitalisation post-opératoire: 19 jours.
- d) Malades ayant subi une sphinctérotomie isolée:
- * Pour oddite : 40 cas
 - Suites simples dans 37 cas.
 - Délai d'hospitalisation post-opératoire:
 - . minimum : 7 jours.
 - . maximum: 29 jours pour raison sociale.
 - Suites compliquées : 3 cas dont un décès.

.../...

* Pour calculs enclavés : 6 cas

- Suites simples dans tous les cas.

- Délai d'hospitalisation post-opératoire:

. minimum : 7 jours.

. maximum : 14 jours.

* Pour pancréatite chronique : 6 cas.

- Suites simples dans 5 cas.

- Délai d'hospitalisation post-opératoire:

. minimum : 6 jours.

. maximum : 14 jours.

- Suites compliquées dans 1 cas (lithiasse résiduelle).

* Pour micro lithiasse abondante : 2 cas

- Les suites opératoires furent simples et le malade quitta le service 7 jours après dans un cas.

- Pour le 2ème cas : Hémorragie digestive mais guérison.

e) Malades ayant subi une sphinctéroplastie : 4 cas

- Suites simples dans 3 cas .

- Délai d'hospitalisation post-opératoire:

. minimum : 7 jours.

. maximum : 10 jours.

- Suites compliquées dans 1 cas (décès).

f) Malades ayant subi une sphinctérotomie avec drainage biliaire externe.

* Avec drain de KEHR : 10 cas.

- Suites simples dans 8 cas.

- délai d'hospitalisation post-opératoire:

. minimum : 15 jours

. maximum : 64 jours pour raison sociale.

- Suites compliquées deux fois dont un décès.

* Avec drain trans-cystique : 5 cas

- Suites simples dans 4 cas.

- Délai d'hospitalisation post-opératoire :

. minimum : 13 jours

. maximum : 23 jours.

- Suites compliquées : 1 cas (décès).

* Avec drain trans-papillaire : 1 cas

Les suites opératoires furent simples et la malade quitta le service 17 jours après.

g) Malades ayant subi une sphinctérotomie associée à d'autres gestes :

* Avec péricystectomie : 2 cas

- Suites simples : 1 cas

- Délai d'hospitalisation post-opératoire: 13 j.

- Suites compliquées : 1 cas (décès).

* Avec gastro-entérostomie : 1 cas

- Suites simples

- Délai d'hospitalisation post-opératoire: 12 j.

h) Malades ayant subi une anastomose bilio-digestive:

* Anastomose cholédoco duodénale : 5 cas

- Suites simples dans tous les cas .

- Délai d'hospitalisation post-opératoire:

. minimum : 12 jours.

. maximum : 43 jours.

* Anastomose hépatico-duodénale : 1 cas

- Suites simples

- Délai d'hospitalisation post-opératoire: 19 j.

* Anastomose cholédoco-duodénale + gastro-entérostomie : 2 cas.

- Suites simples dans les 2 cas .

- Délai d'hospitalisation post-opératoire:

. minimum : 12 jours.

. maximum : 13 jours.

.../...

* Anastomose cholédoco-jéjunale : 4 cas.

- Suites simples dans 2 cas .

- Délai d'hospitalisation post-opératoire:

. minimum : 18 jours

. maximum : 29 jours.

- Suites compliquées : 2 cas (2 décès).

A - LES SUITES SIMPLES

Dans 83 cas les suites immédiates ont été simples et la durée d'hospitalisation post-opératoire moyenne était d'une dizaine de jours, plus courte pour la sphinctérotomie isolée , plus longue quand un drainage biliaire externe a été associé.

B - LES SUITES COMPLIQUEES

Nous étudierons la morbidité, puis la mortalité.

1) La morbidité:

Elle est faible comme le montre le tableau suivant:

(- Fistule biliaire externe due à un lâchage de suture après cholédocotomie "idéale": 1 cas (dossier 1902/68).)
(- Hémorragie digestive : 2 cas (dossier 2209/65 et 2106/68).)
(- Ictère récessif post-opératoire : 1 cas (dossier 1062/64).)
(- Abscess sous phrénique avec pleurésie purulente de la base droite : 1 cas (dossier 810/72).)
(- Suppuration de paroi : 1 cas (dossier 863/72).)

.../...

- La fistule biliaire externe est liée à une lithiase méconnue ayant nécessité une réintervention un mois plus tard où fut réalisée une anastomose bilio-digestive. Il est à signaler que cette femme est décédée 2 ans 1/2 plus tard d'une cirrhose biliaire.

- Les hémorragies digestives secondaires à des sphinctérotomies ont guéri par le traitement médical.

S'agit-il d'hémorragies dûes à la sphinctérotomie ou d'ulcère aigu de stress ?

- L'abcès sous-phrénique avec pleurésie purulente de la base droite a guéri par ponctions et traitement médical.

- Quant à l'ictère, il était dû à une erreur transfusionnelle ayant rétrocedé rapidement.

En somme la morbidité n'est pas trop lourde en regard de la gravité de l'affection et sous l'angle thérapeutique il est à remarquer que la sphinctérotomie a entraîné deux hémorragies digestives.

.../...

2) La Mortalité : 12 cas

Le tableau suivant résume les 12 observations :

N° Dossier	N° Obs.	Age	Topographie	Lésions Associées	Type d'intervention	Cause du décès
887/63	3	40	V.B.P.	Pancréa- tite chro- nique	Sphinctéro- tomie Drain de KEHR	Indéter- minée
1057/64	6	43	V.B.P. + canaux intra-hé- patique	Cardio- pathie	Drain de KEHR	Insuffisan- ce cardia- que
2220/65	17	38	V.B.P. + canaux intra-hépat.	Diabète	Anastomo- se cholé- doco-jéju- nale	Angiocho- lite uré- migène
2204/65	15	61	V.B.P. + canaux intra-hépat.	Diabète	Anastomo- se cholé- doco-jéju- nale	Angiocho- lite uré- migène
2156/66	25	28	V.B.P.		Sphincté- rotomie	Pancréa- tite aiguë post-opér?
461/68	40	45	V.B.P.		Drain de KEHR	Angiocho- lite uré- migène
309/69	52	38	V.B.P.		Sphincté- rosplastie	Hémorragie digestive
920/69	56	72	V.B.P.		Drain de KEHR	Angiocho- lite uré- migène.
588/69	54	73	V.B.P.	Pancréa- tite aiguë	Drain de KEHR	Pancréati- te aiguë post-opér.
355/70	68	52	V.B.P.		Drain de KEHR	Hémorragie digestive
1091/70	75	68	V.B.P.	Cardio- pathie	Sphinc. drain transcyst.	Insuffisan- cardiaque
1080/71	85	73	V.B.P.		Sphinc. périkys.	Altérat. état génér

Les décès en fonction du type d'intervention se répartissent ainsi :

(DRAIN DE KEHR	!	5 cas	)
(ANASTOMOSE CHOLEDOCO-JEJUNALE	!	2 cas	)
(SPHINCTEROTOMIE	!	1 cas	)
(SPHINCTEROPLASTIE	!	1 cas	)
(SPHINCTEROTOMIE + DRAIN DE KEHR	!	1 cas	)
(SPHINCTEROTOMIE + DRAIN TRANSCYSTIQUE	!	1 cas	)
(SPHINCTEROTOMIE + PERIKYSTECTOMIE	!	1 cas	)

En résumé les causes de mortalité peuvent être schématiquement classées en deux groupes:

- Les complications cardio vasculaires et respiratoires:

On relève deux insuffisances cardiaques aggravées par l'intervention d'où l'évolution fatale.

Les complications hépato biliaires et pancréatiques en rapport soit avec la maladie lithiasique soit avec un geste thérapeutique.

- Dans 4 cas il s'agissait d'angiocholites urémigènes. Les gestes thérapeutiques effectués à savoir 2 drainages biliaires externes et 2 anastomoses cholédoco-jéjunales n'ont pas empêché l'évolution fatale.

- Dans un cas il s'agissait d'insuffisance hépatique évoluant progressivement vers la mort par cachexie progressive. Il est à signaler qu'outre l'empierrement, cette malade avait un kyste hydatique du foie.

- Dans 2 cas il s'agissait de pancréatite aiguë post-opératoire.

Pour l'une c'est une poussée évolutive d'une pancréatite pré-existante (dossier 588/69) et dans le 2ème cas on suspecte une pancréatite post-opératoire (dossier 2156/66): c'est une malade de 28 ans opérée en urgence pour angiocholite ictérigène. Il fut réalisé une désobstruction de la voie biliaire principale et une sphinctérotomie pour oddite associée. Le décès est survenu 10 jours après par collapsus brutal. Une pancréatite post-opératoire est suspectée mais sans preuves biologiques ou nécropsiques.

- Dans 2 cas : hémorragie brutale post-opératoire

Le 1er cas: Malade opéré en urgence pour angiocholite ictérigène, ayant subi une désobstruction et un drainage de KEHR. Décès le 10 ème jour par hémorragie brutale extériorisée par le drain.

.../...

Le 2ème cas: C'est une angiocholite sans ictère ayant subi une sphinctérotomie hémorragique suivie de plastie. Le décès est survenu le 11ème jour par hémorragie brutale.

L'analyse de ces décès montre la gravité de l'angiocholite qui se retrouve pratiquement dans tous les cas.

La souffrance hépatique constatée en per opératoire a été souvent confirmée par l'examen anatomo-pathologique.

Les gestes thérapeutiques, qu'ils soient majeurs telle qu'une anastomose cholédoco-jéjunale, ou mineurs tel qu'un simple drainage de KEHR, n'empêchent pas l'évolution fatale.

Le pronostic est lié en grande partie à l'état du foie et accessoirement à la réanimation médicale.

Il est à signaler que dans cette grande série d'empierrements de la voie biliaire principale, la sphinctérotomie qui est notre geste préférentiel est rarement cause de mortalité. On peut lui imputer 2 décès:

- une hémorragie post-opératoire liée certainement à des troubles de la coagulation puisqu'il s'agit d'une angiocholite avec un taux de prothrombine à 53 % .

- enfin une pancréatite post-opératoire qui plus hypothétique que formelle.

On peut donc conclure que la sphinctérotomie a sa place dans l'arsenal thérapeutique de l'empierrement de la voie biliaire principale.

II - LES SUITES SECONDAIRES =====

Dans deux cas, il s'agit de malades ayant subi un geste de sauvetage et réintervention complète secondaire : c'est la lithiase résiduelle. Il s'agit des dossiers suivants:

- 1206/69 : 1ère intervention : drain de KEHR
Réintervention : Sphinctérotomie.

.../...

- 1528/71 : 1ère intervention : drain de KEHR
Réintervention : Sphinctérotomie.

Dans ces deux cas, la lithiase a été laissée délibérément et la réintervention a été faite un mois après le premier geste.

Dans deux autres cas la lithiase a été oubliée.

Dans l'un d'eux la lithiase a été méconnue et la réintervention a été faite pour fistule biliaire externe. Nous avons déjà parlé de ce cas dans la morbidité.

III - LES SUITES ELOIGNEES =====

Le contrôle éloigné porte sur les malades ayant un recul supérieur à 1 an, soit 47 malades sur 73 ce qui représente un pourcentage de 70 % . (Sur les 86 malades opérés avant le 15 Août 1971 nous avons déploré 13 décès).

Pour avoir une étude homogène nous avons utilisé un questionnaire établi à cet effet que nous reproduisons.

.../..

- Q U E S T I O N N A I R E ..

=====

- 1 - Avez-vous maigri depuis votre opération ?
Si oui, de combien ?
- 2 - Avez-vous été hospitalisé depuis votre opération ? ...
Si oui , où et quand ?
- 3 - Avez-vous été réopéré ?
Si oui, où et quand ?
- 4 - Suivez-vous un régime alimentaire ?
Quels sont les aliments que vous ne supportez pas ? ...
- 5 - Prenez-vous des médicaments pour votre maladie ?
- 6 - Avez-vous encore des douleurs à la partie droite sous
les cotes ?
Sont elles identiques à celles qui existaient avant
l'opération ?
- 7 - Est-ce que vous vomissez ?
- 8 - Est-ce que vous avez eu un ictère (jaunisse) depuis
votre opération ?
- 9 - Avez-vous la constipation ...; la diarrhée....., normal.
- 10 - Est-ce que vous avez des malaises après les repas ?...
- 11 - Est-ce que vous avez de temps en temps de la fièvre ou
des frissons ?
- 12 - Est-ce que vous vous grattez ?
- 13 - Est-ce que vos selles sont blanches ?.....
- 14 - Est-ce que vos urines sont foncées ?
- 15 - Estimez-vous que vous êtes guéri depuis l'opération ..
- 16 - Estimez-vous que l'opération vous a amélioré, mais ne
vous a pas complètement guéri ?
- 17 - Estimez-vous que l'opération a aggravé votre état ?...

Nous avons classé nos résultats en trois catégories:

a) Résultats excellents:

Dans les résultats excellents, nous avons classé tous les malades qui n'ont aucun trouble, ne suivent pas de régime alimentaire et qui sont très satisfaits de l'intervention.

b) Résultats bons:

Ce sont des malades qui ont été amélioré par l'intervention, qui présentent de petits troubles dyspeptiques et ne supportent pas certains aliments.

c) Résultats médiocres:

Ce sont des malades qui présentent des troubles biliaires résiduels et qui ont eu des poussées d'angiocholite, qui suivent toujours un traitement médical et qui ont maigri.

Sur les 47 malades contrôlés, les résultats se répartissent ainsi :

- Excellents : 15 cas
- Bons: 24 cas
- Médiocres...: 8 cas

d) Un décès deux ans 1/2 après l'intervention pour cirrhose biliaire.

Les résultats selon chaque type d'intervention:

- Sphinctérotomie isolée:

. pour oddite :

- excellent : 8 cas
- bon: 6 cas
- médiocre ..: 2 cas

.../...

- pour calculs enclavés :
 - excellent : 2 cas
 - bon: 1 cas
 - médiocre .: 1 cas
- pour pancréatite chronique:
 - excellent : 1 cas
 - bon: 3 cas
 - médiocre...: 1 cas
- Sphinctéroplastie:
 - excellent : 1 cas
 - bon: 2 cas
- Sphinctérotomie + drain de KEHR:
 - excellent : 1 cas
 - bon: 3 cas
 - médiocre...: 1 cas
- Sphinctérotomie + drain trans-cystique:
 - bon: 2 cas
- Sphinctérotomie + drain trans-papillaire:
 - excellent : 1 cas
- Sphinctérotomie + périkysectomie :
 - médiocre...: 1 cas
- Sphinctérotomie + gastro-entérostomie:
 - bon: 1 cas
- Drain de KEHR:
 - bon: 3 cas
 - médiocre...: 1 cas
- Cholédocotomie idéale:
 - médiocre : 1 cas

.../...

- Anastomoses bilio-digestives:

- cholédoco duodénale
 - bon: 1 cas
- hépatico-duodénale
 - excellent ...: 1 cas
- cholédoco jéjunale
 - bon: 1 cas
- cholédoco-duodénale + gastro-entérostomie
 - bon: 1 cas

Les résultats selon le diamètre hépato cholédocien pour les malades ayant subi une sphinctérotomie.

RESULTAT	5 à 9 mm	10 à 14 mm	15 à 19 mm	20 mm et plus
Excellent	4 cas	4 cas	4 cas	1 cas
Bon	1 cas	8 cas	2 cas	2 cas
Médiocre	1 cas		1 cas	2 cas

Ce tableau montre qu'il n'y a pas de rapport direct entre le diamètre de la voie biliaire principale et les troubles dont se plaignent les malades.

L'analyse des résultats tant immédiats qu'éloignés de cette série d'empierrements de la voie biliaire principale nous permet de tirer un certain nombre de conclusions .

.../...

Sur le plan thérapeutique :

- La mortalité est faible; elle est plus liée au terrain qu'aux gestes thérapeutiques. Les malades décédés sont ceux où l'état général/^{et} local ont imposé un geste minime dit "de sauvetage" : le drainage biliaire externe temporaire.

Cependant il faut reconnaître que l'angiocholite urémigène reste d'un pronostic sévère "dans les meilleures mains".

- L'Anastomose bilio-digestive.

Intervention de règle pour beaucoup d'auteurs en cas d'empierrement de la V.B.P. Elle a été dans cette série d'indication rare; faite surtout pour le cholédoque ayant un diamètre supérieur à 20 mm.

- La cholédocotomie "idéale" n'a pas de place dans l'empierrement de la V.B.P.; notre attitude est la même que celle de tous les auteurs.

- La sphinctérotomie a été notre geste de routine dans l'empierrement de la V.B.P. Cette attitude s'écarte nettement des données de la littérature.

La sphinctérotomie a été faite quand le diamètre de la V.B.P. était inférieur à 20 mm en règle générale.

L'étude de nos résultats nous montre que cette technique mérite sa place dans l'arsenal thérapeutique de l'empierrement de la V.B.P.

Les résultats sont dans l'ensemble bons.

L'analyse des quelques cas médiocres montre que les troubles dont se plaignent les malades sont liés non pas à la sphinctérotomie mais à l'atteinte hépatique constatée en peropératoire.

Nous n'avons noté aucun rapport de causalité entre le diamètre de la V.B.P. et les troubles secondaires.

Les contrôles cholangiographiques post-opératoires ont montré des V.B.P. certes dilatées mais sans aucune stase.

R E S U M E D E N O S () B S E R V A T I O N S

*

OBSERVATION : N° 1 (dossier 840/63)

A... Fatima 52 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 24/9/63 pour angiocholite et ictère. Biologie: Bilirubine totale (BT) 90,2 mg/L, Globules Rouges (GR) 2 Millions (M) 420. Taux de prothrombine (TP) 84 %.

Intervention le 13/11/63: laparotomie médiane sus ombilicale (LMSO), vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio: empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par le cystique. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 6/12/63.

OBSERVATION : N° 2 (dossier 878/63).

C...Moussa 22 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisé le 14/6/63 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 25,7 mg/L, TP 53 %, Globules blancs (GB) 11.100. Cholangio: lithiasse vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 26/6/63, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun. Calcul enclavé au niveau de l'ampoule de VATER.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 5/7/63.

OBSERVATION : N° 3 (dossier 887/63)

H... Lakhdar 40 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisé le 14/7/63 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 214 mg/L, GR 3 M 240, TP 53 %.

Intervention le 26/7/63, LMSO, vésicule saine, ne contenant pas de calculs, pancréatite chronique céphalique. Cholangio : empierrement hépto-cholédocien.

.../...

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie.
Sphinctérotomie. Drain de KEHR.

Décédé le 11/8/63 : cause indéterminée.

OBSERVATION : N° 4 (dossier 908/63)

L... Fatma 65 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 30/3/63 pour angiocholite et ictère. Biologie:
BT 85 mg/L, GR 3 M 100 .Cholangio: lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 22/4/63, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adhérences. Cholangio: empiement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie.
Drain de KEHR.

Suites simples. Sortante le 6/7/63 .

OBSERVATION : N° 5 (dossier 1054/64)

A... Baya 62 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisée le 30/4/64 pour coliques hépatiques et ictère .
Biologie : BT 98,8 mg/L, TP 84 % .

Intervention le 6/5/64, LMSO , vésicule scléro-atrophique lithiasique, foie de cholostase, fistule bilio-digestive. Cholangio: empiement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie
Anastomose cholédoco-duodénale, latéro-latérale, gastro-entérostomie.

Suites simples. Sortante le 19/5/64.

OBSERVATION : N° 6 (dossier 1057/64)

A... Nedjma 48 ans. Antécédents biliaires depuis 4 ans.

Hospitalisée le 23/3/64 pour coliques hépatiques et ictère.
Ancienne cardiaque. Biologie : BT 152 mg/L, GR 2 M 400 .

.../...

Intervention le 29/5/64, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, adhérences. Cholangio : empièchement hépato-cholédocien et de la branche droite.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie
Drain de KEHR.

Décédée le 1/6/64 par insuffisance cardiaque.

OBSERVATION : N° 7 (dossier 1062/64)

A... Fatma 65 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisée le 20/9/64 pour crises douloureuses isolées.

Biologie: BT 9 mg/L; TP 86 %, GB 9.600 Cholangio : gros cholédoque.

Intervention le 30/9/64, LMSO, vésicule saine et lithiasique. Cholangio: empièchement hépato-cholédocien, pas de passage duodénal . Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Dans les suites immédiates, ictère récessif. Sortante le 21/10/64 .

OBSERVATION : N° 8 (dossier 1069/64)

B... Salah 27 ans. Antécédents biliaires depuis 1 ans.

Hospitalisé le 16/11/64 pour crises douloureuses isolées.

Biologie : BT 15,5 mg/L , GR 1 M 900. Cholangio : lithiasse vésiculaire.

Intervention le 30/11/64, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adhérences. Cholangio : empièchement hépato-cholédocien et de la brance droite, calcul enclavé dans l'ampoule de VATER.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 13/12/64.

.../...

OBSERVATION : N° 9 (dossier 1080/64)

B...Fatma 30 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans

Hospitalisée le 14/3/64 pour angiocholite et ictère Biologie :
BT 30 mg/L, GR 2 M 900. Cholangio : pas d'opacification.

Intervention le 18/3/64, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, pancréatite chronique céphalique. Cholangio : empièrrement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 25/3/64.

OBSERVATION : N° 10 (Dossier 1105/64)

C...Sadia 28 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 17/12/64 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 136,8 mg/L, GB 16.600, TP 74 %.

Intervention le 23/12/64, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, foie de cholostase. Cholangio: empièrrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques. Pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 13/1/65.

OBSERVATION : N° 11 (dossier 1171/64)

R... Zohra 36 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 1/11/64 pour coliques hépatiques et ictère.

Biologie : BT 45,6 mg/L, GR 2 M 200. Cholangio : lithiasse du cholédoque.

Intervention le 25/1/65, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio : empièrrement hépato-cholédocien et de la branche gauche, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples . Sortante le 31/1/65 .

.../...

OBSERVATION : N° 12 (dossier 1171/64)

SNP. Aïcha 47 ans. Antécédents biliaires depuis 16 ans.

Hospitalisée le 24/2/64 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 110,5 mg/L, GR 2 M 500. Cholangio : lithiasé cholédocienne .

Intervention le 4/3/64, LMSO, vésicule tendue et lithiasique, pédiculite. Cholangio : empièchement hépato-cholédocien, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples . Sortante le 17/3/64.

OBSERVATION : N° 13 (dossier 1190/64)

Z...Fatima 57 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisée le 11/6/64 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 163,4 mg/L.

Intervention le 15/6/64: LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, foie de cholostase, pancréatite chronique, adénopathies, adhérences. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Anapath : foie de cholostase.

Lithiasé résiduelle: réintervention le 26/8/64, extraction de 8 calculs par cholédocotomie.

Anastomose cholédoco-jéjunale en Y . Sortante le 10/9/64.

OBSERVATION : N° 14 (dossier 2146/65)

A...Sadia 41 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 10/7/65 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 29 mg/L. Cholangio : pas d'opacification.

.../...

Intervention le 26/7/65 : LMSO, vésicule scléro-atrophique lithiasique, foie de cholostase, pancréatite chronique cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun . Oddite.

Cholécystectomie . Extraction des calculs par cholédocotomie.
Anastomose cholédoco-jéjunale en Y.

Suites simples. Sortante le 24/8/65.

OBSERVATION : N° 15 (dossier 2204/65)

F... Djouher 61 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisée le 8/1/65 pour coliques hépatiques et ictère .
Biologie : BT 66,5 mg/L. TP 18 % . Urée 0,66 g glycémie 2,74g.
Cholangio: lithiasie vésiculaire .

Intervention le 18/1/65: LMSO, vésicule scléro-atrophique lithiasique, adhérences, foie cirrhotique. Cholangio : empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie.
Anastomose cholédoco-jéjunale en Y. Ana-path:cirrhose biliaire.
Décédée le 21/1/65 par angiocholite urémigène.

OBSERVATION : N° 16 (dossier 2209/65)

G...Fatma-Zohra 34 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 8/12/65 pour angiocholite et ictère . Biologie : BT 27,1 mg/L. GR 2 M 250. Cholécysto : pas d'opacification.

Intervention le 13/12/65: LMSO, vésicule tendue lithiasique, pédiculite adhérences, cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun. Pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Hématémèse dans les suites immédiates. Sortante le 5/1/66.

OBSERVATION : N° 17 (dossier 2220/65)

K...Zohra 38 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 7/4/65 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 95 mg/L, urée 1 g, glycémie 2 g. GB : 17.000.

Intervention le 10/4/65 : LMSO, vésicule scléro-atrophique lithiasique, pancréatite chronique céphalique, adhérences. Cholangio : empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Anastomose cholédoco-jéjunale en Y. Ana-path: pancréatite chronique.

Décédée le 15/4/65 par angiocholite urémigène .

OBSERVATION : N° 18 (dossier 2231/65)

K... Ouicha 74 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 28/4/65 pour angiocholite. Biologie: BT 31,5 mg/L, GB 22.000 .

Intervention le 5/5/65 : LMSO, vésicule tendue, lithiasique, pédiculite. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun . Pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 14/5/65 .

OBSERVATION : N° 19 (dossier 2251/65)

M... Zoubida 45 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisée le 5/6/65 pour angiocholite. Biologie : BT 17mg/L. GR 2 M 940. Cholangio : calculs du cholédoque.

Intervention le 9/6/65, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, adhérences, pancréatite chronique céphalique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Anastomose cholédoco-duodénale, latéro-latérale.

Suites simples. Sortante le 18/6/65 .

OBSERVATION: N° 20 (dossier 2381/65)

M... Saïd 41 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisé le 16/10/65 pour coliques hépatiques et ictère. Biologie: BT 33,9 mg/L, GR 1 M 480. Cholangio: lithiasé vésiculaire, radio sans préparation : calcifications sous hépatiques et intra-pancréatique.

Intervention le 7/11/65, LMSO, vésicule scléro-atrophique, lithiasique, foie de cholostase, pancréatite chronique céphalique, adhérences, fistule bilio-digestive. Cholangio : empièchement du cholédoque, du canal hépatique commun et de la branche gauche.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Anastomose cholédoco-duodénale, latéro-latérale.

Suites simples. Sortant le 7/12/65.

OBSERVATION: N° 21 (dossier 2734/65)

B... Aïchouche 51 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisée le 13/8/65 pour angiocholite. Biologie: BT 19,5 mg/L, GB 27.200, urée 2,08 g, TP 53 %. Cholangio pas d'opacification.

Intervention le 7/9/65, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun. Pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie.
Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 19/9/65.

OBSERVATION: N° 22 (dossier 2735/65)

C... Fetta 55 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 25/8/65 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 111,5 mg/L, GR 2 M 200, TP 87 %. Cholangio: pas d'opacification.

.../...

Intervention le 3/9/65, LMSO, vésicule tendue, pédiculite, fistule bilio-biliaire. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par l'orifice de la fistule biliaire. Drain de KEHR. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 15/9/65.

OBSERVATION: N° 23 (dossier 2737/65)

H... Rezkia 43 ans . Antécédents biliaires depuis 11 ans.

Hospitalisée le 9/9/65 pour crises douloureuses isolées.

Biologie : BT 13 mg/L, TP 85 %, cholécysto : pas d'opacification .

Intervention le 13/9/65, LMSO, vésicule scléro-atrophique lithiasique, adhérences. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodéal : oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples . Sortante le 26/9/65.

OBSERVATION: N° 24 (dossier 2740/65)

O...Abdelmoumene 34 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisé le 11/6/65 pour crises douloureuses isolées.

Biologie: BT 15,5 mg/L, GR 3M . Cholécysto: pas d'opacification.

Intervention le 1/7/65, LMSO, vésicule saine et lithiasique. Eventration diaphragmatique droite partielle. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun. Faible passage duodéal. Oddite .

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 12/7/65.

OBSERVATION: N° 25 (dossier 2156/66)

D...Fatma 29 ans. Antécédents biliaires depuis 9 ans.

Hospitalisée le 26/7/66 pour angiocholite et ictère.

Intervention en urgence le 26/7/66, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adhérences, Cholangio: empièrement du cholédoque et de l'hépatique commun. Faible passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Décédée le 6/8/66 par pancréatite aiguë post-opératoire ?

OBSERVATION : N° 26 (dossier 2172/66)

A... Mouloud 34 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisé le 7/1/66 pour crises douloureuses isolées.

Intervention le 10/1/66, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adhérences, adénopathies. Cholangio: empièrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 1/2/66.

OBSERVATION: N° 27 (dossier 2223/66)

G...Zohra 41 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisée le 10/3/66 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 43 mg/L, GB 14.400, TP 80 %. Cholangio : lithiasse vésiculaire.

Intervention le 25/3/66, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adhérences. Cholangio : empièrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 6/4/66.

.../...

OBSERVATION: N° 28 (dossier 131/67)

B... Hadda 44 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 13/10/67 pour coliques hépatiques et ictère.

Biologie: BT 90 mg/L, GB 13.600 . Cholangio pas d'opacification.

Intervention le 28/10/67, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique. Cholangio: clichés de mauvaise qualité l'exploration instrumentale ramène des calculs du cholédoque, de l'hépatique commun et de la branche droite. La sonde en gomme uréthrale ne franchit pas l'oddi . Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Cholangio de contrôle bon passage oddien.

Suites simples. Sortante le 11/11/67.

OBSERVATION: N° 29 (dossier 134/67)

A...Kheira 36 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 7/8/67 pour ictère isolé. Biologie :

BT 89, 3 mg/L, GB 12.400. Cholangio : pas d'opacification.

Intervention le 14/8/67, LMSO, vésicule saine et lithiasique, foie de cholostase. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Anastomose cholédoco-duodénale latéro-latérale.

Suites simples. Sortante le 4/9/67 .

OBSERVATION: N° 30 (dossier 303/67)

C... Khedjidja 70 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisée le 5/12/67 pour angiocholite. Biologie : BT 19 mg/L, TP 72 % . Cholécysto : pas d'opacification.

.../...

Intervention le 11/12/67, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, foie de cholostase, pancréatite chronique céphalique, adhérences. Cholangio: empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 25/12/67.

OBSERVATION: N° 31 (dossier 457/67)

M... Baya 21 ans. Début de troubles remonte à 15 jours.

Hospitalisée le 23/1/67 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 124 mg/L, GB 13.600 , TP 71 %.

Intervention le 3/2/67, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, pancréatite chronique céphalique, adhérences. Cholangio: empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 8/2/67.

OBSERVATION: N°32 (dossier 522/67)

B... Tayeb 44 ans. Antécédents biliaires depuis 10 ans.

Hospitalisé le 24/7/67 pour angiocholite. Biologie: BT 9,5mg/L, 11.000 . Cholangio: calculs du cholédoque.

Intervention le 9/8/67, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, adhérences, cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 23/8/67.

OBSERVATION: N° 33 (dossier 552/67)

A...Bakhta 47 ans. Antécédents biliaires depuis 4 ans.

Hospitalisée le 8/2/67 pour crises douloureuses isolées. Biologie : BT 8,5 mg/L. Cholangio : pas d'opacification.

.../...

Intervention le 17/2/67, LMSO , vésicule enflammée et lithiasique, adénopathies. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 1/3/67.

OBSERVATION : N° 34 (dossier 589/67)

B... Baya 41 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 26/3/67, pour crises douloureuses isolées.

Biologie : BT 22,3 mg/L, GR 2M 970, TP 71 %.

Intervention le 3/4/67, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adhérences. Cholangio : empièchement du cholédoque , de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques. Pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples . Sortante le 23/4/67.

OBSERVATION: N° 35 (dossier 611/67)

H...Saïd 67 ans. Antécédents biliaires depuis 6 ans.

Hospitalisé le 24/6/67 pour coliques hépatiques et ictère.

Biologie : BT 40,4 mg/L, GB 19.000 . Cholécysto : lithiasie vésiculaire.

Intervention le 21/7/67 , LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, pancréatite chronique céphalique. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 2/8/67.

OBSERVATION: N° 36 (dossier 629/67)

A... Fatima 36 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 9/6/67 pour angiocholite. Ancienne malade en traitement pour péritonite tuberculeuse. Biologie: BT 17,1 mg/L, GB 14.000.

.../...

Intervention le 17/6/67, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adénopathies, cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 26/6/67.

OBSERVATION: N° 37 (dossier 636/67)

H...Khedjidja 78 ans. Antécédents biliaires depuis 6 ans.

Hospitalisée le 23/8/67 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 43,3mg/L, GB 11.000, TP 84 %. Cholécysto : pas d'opacification.

Intervention le 7/9/67, LMSO, vésicule non lithiasique, fistule cholécysto-duodénale, adhérences, foie de cholostase. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun. Calculs enclavés dans l'ampoule de VATER.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 14/9/67 .

OBSERVATION : N° 38 (dossier 683/67)

B...Saada 60 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 11/12/67 pour crises douloureuses isolées. Biologie : BT 30 mg/L, TP 71 %. Cholangio : calculs dans le cholédoque.

Intervention le 5/1/68, LMSO , vésicule scléro-atrophique lithiasique. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples . Sortante le 17/1/68 .

.../...

OBSERVATION : N° 39 (dossier 302/68)

B...Zohra 33 ans . Antécédents biliaires depuis 6 ans.

Hospitalisée le 7/2/68 pour crises douloureuses isolées.

Biologie : BT 9,5 mg/L, Cholangio : calculs dans le cholédoque.

Intervention le 21/2/68, LMSO , vésicule scléro-atrophique .

Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 3/3/68.

OBSERVATION: N° 40 (dossier 461/68)

C...Mériem 15 ans. Début des troubles remonte à 6 mois.

Hospitalisée le 9/5/68 pour angiocholite.

Intervention le 9/5/68 en urgence, LMSO, vésicule scléro-atrophique, fistule bilio-biliaire. Pas de cholangio.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie.

Drain de KEHR .

Décédée le 12/5/68 par angiocholite urémigène.

OBSERVATION: N° 41 (dossier 877/68)

B... Mohamed 33 ans. Antécédents biliaires biliaires depuis 8 ans .

Hospitalisé le 15/2/68 pour angiocholite. Biologie: BT 7,6 mg/L, TP 84 %. Cholécysto: pas d'opacification. TGD : déformation du cadre duodénal.

Intervention le 15/4/68, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, pancréatite chronique céphalique, adénopathies, adhérences. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 20/4/68.

.../...

OBSERVATION: N° 42 (dossier 1425/68)

A... M'hamed 54 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisé le 16/8/68 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 43,2 mg/L, GB 26.200.

Intervention le 28/8/68, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun. Calculs enclavés dans l'ampoule de VATER.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 10/9/68.

OBSERVATION: N° 43 (dossier 1629/68)

F... Safia 30 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 30/9/68 pour crises douloureuses isolées. Biologie: BT 8,3 mg/L, TP 82 %. Cholangio : calculs du cholédoque.

Intervention le 4/10/68, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, adénopathies, adhérences, préfistule bilio-digestive, sténose duodénale. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun. Calculs enclavés dans l'ampoule de VATER.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Gastro-entérostomie.

Suites simples. Sortante le 16/10/68.

OBSERVATION: N° 44 (dossier 1827/68)

G... Ghania 26 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisée le 8/11/68 pour angiocholite. Biologie : BT 15,5 mg/L. Cholangio : lithiasse vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 15/11/68, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, adhérences. Cholangio : empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et de la branche gauche. Faible passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 24/11/68.

.../...

OBSERVATION: N° 45 (dossier 1902/68)

G...Laghdoud 54 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisé le 25/5/68 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 51,8 mg/L, GB 10.600 .

Intervention le 20/6/68, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, foie d'aspect cirrhotique, adhérences: Cholangio: empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Cholédocotomie idéale.

Dans les suites opératoires fistule biliaire externe d'où s'écoule du liquide et des calculs. Réintervention le 2/3/68, fistule cholédocienne par lâchage de suture. Anastomose cholédoco-jéjunale en Y. Décédé le 10/3/71 par cirrhose biliaire. Confirmation anapath.

OBSERVATION: N° 46 (dossier 2031/68)

H... Fatta 58 ans. Antécédents biliaires depuis 7 ans.

Hospitalisée le 13/12/68 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 65 mg/L .

Intervention le 18/12/68, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, fistule bilio-digestive. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Anastomose cholédoco-duodénale, latéro-latérale. Gastroentérostomie.

Suites simples. Sortante le 30/12/68.

OBSERVATION: N° 47 (dossier 2062/68)

B...Lakri 52 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 6/12/68 pour coliques hépatiques et ictère. Biologie : BT 119 mg/L , TP 41 %.

.../...

Intervention le 13/12/68, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 3/1/69.

OBSERVATION: N° 48 (dossier 2106/68)

B... Safia 38 ans. Antécédents biliaires depuis 9 mois.

Hospitalisée le 11/12/68 pour coliques hépatiques et ictère.

Biologie : BT 45 mg/L .

Intervention le 16/12/68, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, pédiculite, fistule bilio-biliaire. Cholangio: empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie . Extraction des calculs par l'orifice de la fistule. Sphinctérotomie.

Dans les suites opératoires hémorragie digestive. Sortante le 8/1/69.

OBSERVATION: N° 49 (dossier 2120/68)

A...Khedoudja 35 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 30/11/68 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 60,2 mg/L.

Intervention le 9/12/68, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 8/1/69.

OBSERVATION : N° 50 (dossier 92/69)

A... Fatma-Zohra 34 ans. Antécédents biliaires depuis 8 ans .

Hospitalisée le 6/1/69 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 63,8 mg/L .

.../...

Intervention le 13/1/69, LMSO, vésicule scléro-atrophique adhérences. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, faible passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 24/1/69.

OBSERVATION: N° 51 (dossier 300/69)

H... Zohra 69 ans. Antécédents biliaires depuis 6 ans.

Hospitalisée le 3/3/69 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 30,4 mg/L . Cholangio : pas d'opacification.

Intervention le 14/3/69, LMSO, vésicule scléro-atrophique ne contenant pas de calculs, fistule bilio-digestive, adhérences. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 21/3/69.

OBSERVATION: N° 52 (dossier 303/69)

A... Ouardia 38 ans. Antécédents biliaires depuis 11 ans.

Hospitalisée le 14/2/69 pour angiocholite.

Intervention le 7/3/69, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, adhérences. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Calcul enclavé .

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Décédée le 18/3/69 par hémorragie digestive.

OBSERVATION: N° 53 (dossier 450/69)

H... Farida 24 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 9/4/69 pour crises douloureuses isolées.

Biologie : BT 14,4 mg/L. Cholangio : lithiasie vésiculaire.

.../...

Intervention le 14/4/69, LMSO, vésicule saine et lithiasique. Cholangio: empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun . Pas de passage duodénal . Calcul enclavé.

Cholécystectomie. Sphinctéroplastie.

Suites simples . Sortante le 20/4/69.

OBSERVATION: N° 54 (dossier 588/69)

L...Houria 73 ans. Antécédents biliaires depuis 6 ans.

Hospitalisée le 14/3/69 pour angiocholite.

Intervention le 20/3/69, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adhérences. Tâches de cytotéatonecrose au niveau du pancréas (pancréatite aiguë). Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Drain de KEHR.

Décédée le 7/5/69 par pancréatite aiguë.

OBSERVATION: N° 55 (dossier 834/69)

T... Raïssa 27 ans. Début des troubles remonte à 1 mois.

Hospitalisée le 13/6/69 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 24 mg/L , TP 85 % , GR 3 M.

Intervention le 23/6/69, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, foie de cholostase. Cholangio: empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques. Pas de passage duodénal.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Hépatocotomie gauche.

Suites simples . Sortante le 9/7/69.

OBSERVATION: N° 56 (dossier 920/69)

A... Tassadit 72 ans. Antécédents biliaires depuis 4 ans.

Hospitalisée le 20/4/69 pour coliques hépatiques et ictère. Biologie : BT 202 mg/L, GR 3M , urée 1,25 , glycémie 1,68 g.

.../...

Intervention le 25/1/69, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, foie de cholostase. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Drain de KEHR .

Décédée le 25/4/69, par angiocholite urémigène.

OBSERVATION: N° 57 (dossier 933/69)

O...Zakia 24 ans. Début des troubles remonte à 6 mois.

Hospitalisée le 12/6/69 pour angiocholite. Biologie : BT 13,2 mg/L , TP 73 %. Cholécysto : pas d'opacification.

Intervention le 20/6/69, LMSO, vésicule tendue, et lithiasique, pédiculite, pancréatite chronique céphalique. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie. Sphinctéroplastie.

Suites simples . Sortante le 27/6/69 .

OBSERVATION: N° 58 (dossier 1089/69)

Y... Dahbia 46 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 21/3/69 pour angiocholite.

Intervention le 21/3/69, en urgence, LMSO, vésicule tendue et lithiasique, pédiculite, pas de cholangio.

Cholécystectomie extraction des calculs par hépaticotomie. Anastomose hépatico-duodénale.

Suites simples. Sortante le 10/9/69.

OBSERVATION: N° 59 (dossier 1206/69)

Z... Fatima 21 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 20/6/69 pour angiocholite et ictère.

.../...

Intervention le 23/6/69, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, micro-abcès au niveau du foie, cholangio : empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun, et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Drain de KEHR.

Dans les suites lithiasc résiduelle. Réintervention le 16/7/69. Sphinctérotomie. Extraction de 15 calculs. Sortante le 10/9/69.

OBSERVATION:N° 60 (dossier 1208/69)

T... Khedjidja 71 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisée le 23/3/69 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 43,2 mg/L , TP 84 %. Cholangio lithiasc vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 1/9/69, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Calcul enclavé.

Cholécystectomie. Sphinctéroplastie.

Suites simples. Sortante le 10/9/69 .

OBSERVATION:N° 61(dossier 1209/69)

B...Messaouda 30 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 22/8/69 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 49,4 mg/L , TP 71 % .

Intervention le 27/8/69, LMSO, vésicule scléro-atrophique ne contenant pas de calculs, pancréatite chronique céphalique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie . Sphinctérotomie. Drain transcystique.

Suites simples. Sortante le 10/9/69 .

OBSERVATION : N° 62 (dossier 1556/69)

K...Kheira 46 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisée le 31/10/69 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 24,4 mg/L , GB 10.000 . Cholangio: lithiasse vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 5/11/69, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adhérences. Cholangio : empierrement du cholédoque , de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques. Très faible passage duodénal . Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples . Sortante le 19/11/69.

OBSERVATION: N° 63 (dossier 1691/69)

L... Akila 33 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisée le 24/10/69 pour angiocholite. Biologie : BT 10,3 mg/L , TP 61 % . Cholécysto : pas d'opacification .

Intervention le 31/10/69, LMSO , vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun.

Cholécystectomie . Sphinctérotomie.

Suites simples . Sortante le 7/11/69 .

OBSERVATION : N° 64 (dossier 1756/69)

Y... Fatma 65 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 17/11/69 pour angiocholite et ictère . Biologie : BT 41,6 mg/L . Cholangio : pas d'opacification . Scintigraphie, foie augmenté de volume.

Intervention le 22/12/69, LMSO, vésicule scléro-atrophique ne contenant pas de calculs, foie d'aspect cirrhotique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, faible passage duodénal . Oddite.

.../...

Cholécystectomie. Sphinctérotomie .

Suites simples. Sortante le 31/12/69.

OBSERVATION : N° 65 (dossier 1760/69)

S... Kella 71 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 21/10/69 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 24,4 mg/L , GB 18.600 ; TP 71 % . Cholangio : calculs du cholédoque.

Intervention le 7/11/69, LMSO, vésicule saine, ne contenant pas de calculs, foie de cholostase, adénopathies. Cholangio: empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Anapath.: foie de cholostase.

Suites simples. Sortante le 23/11/69 .

OBSERVATION : N° 66 (dossier 1762/69)

Z... Kheira 35 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 12/11/69 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 66,2 mg/L , GB 16.000 . Cholangio : calculs du cholédoque.

Intervention le 24/11/69, LMSO, vésicule saine sans calculs. Cholangio : empièchement du cholédoque et de l'hépatique commun , pas de passage duodénal . Oddite .

Cholécystectomie . Sphinctérotomie.

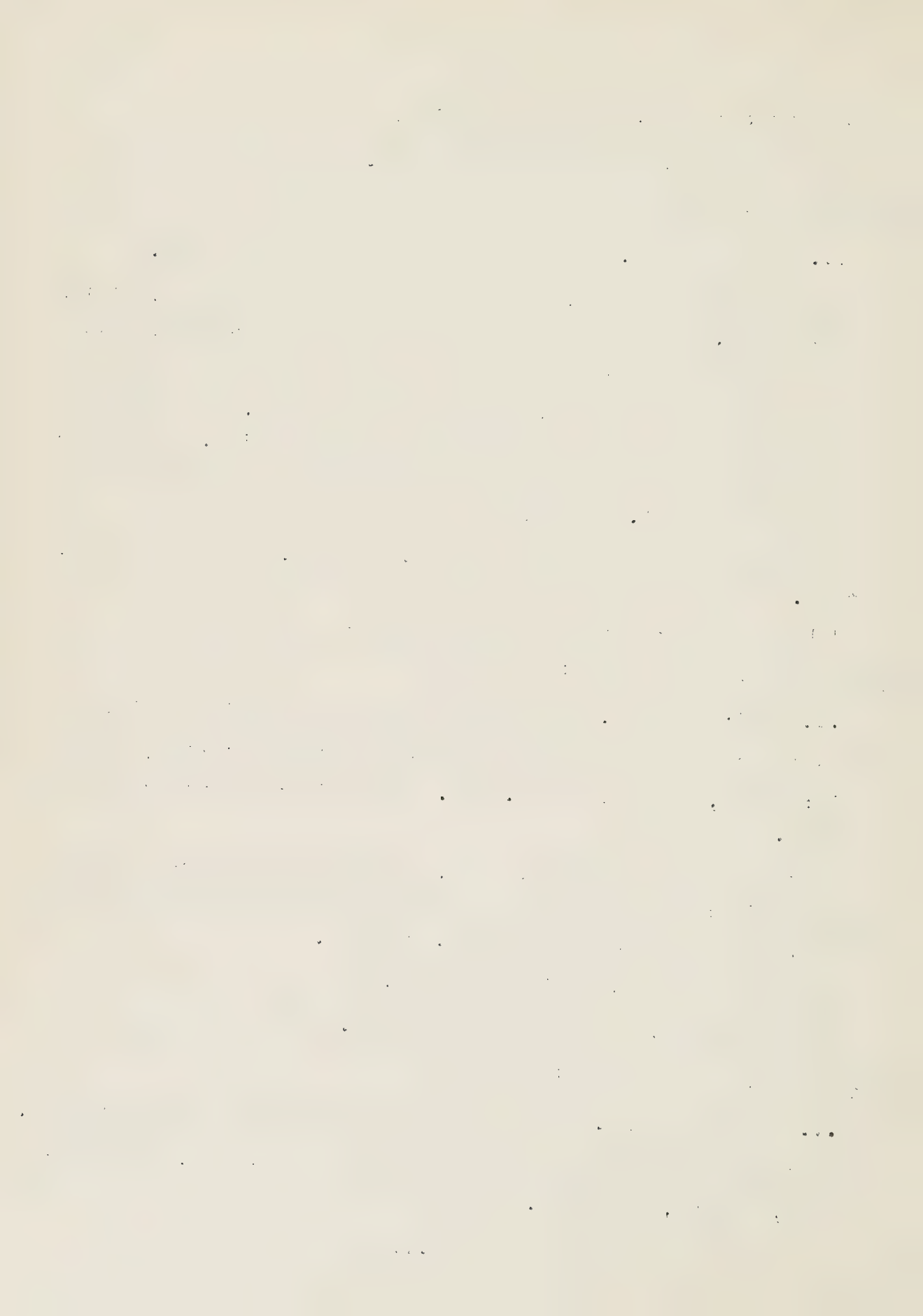
Suites simples. Sortante le 10/12/69 .

OBSERVATION: N° 67 (dossier 257/70)

S...Mohamed 37 ans. Début des troubles remonte à 1 an et demi.

Hospitalisé le 2/1/70 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 45,8 mg/L , TP 84 % .

.../...



Intervention le 12/1/70 , LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, foie de cholostase. Kyste hydatique du lobe gauche du foie fistulisé dans l'hépatique gauche. Cholangio : empierrement de la voie biliaire principale, calculs enclavés dans l'ampoule de VATER . Anomalies des voies biliaires.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Périskystectomie.

Suites simples . Sortant le 25/1/70 .

OBSERVATION : N° 68 (dossier 355/70)

S... Halima 52 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisée le 25/3/70 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 170 mg/L , TP 71 % .

Intervention le 1/4/70, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun .

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Drain de KEHR.

Suites compliquées : hémorragie digestive. Décédée le 11/4/70.

OBSERVATION: N° 69 (dossier 413/70)

F... Fatma 59 ans. Antécédents biliaires depuis 8 mois.

Hospitalisée le 25/3/70 pour angiocholite et ictère. Biologie : BT 100 mg/L , TP 71 % , GB 10.200 .

Intervention le 13/4/70 , LMSO, vésicule scléro-atrophique adhérences. Cholangio : empierrement du cholédoque et de l'hépatique commun, faible passage duodéal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples . Sortante le 24/4/70 .

.../...

1000

6 4 2

OBSERVATION: N° 70 (dossier 417/70)

A...Tassadit 57 ans. Antécédents biliaires depuis 10 ans.

Hospitalisée le 11/3/70 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 220 mg/L , GB 15.200 , TP 31 %.

Intervention le 30/3/70, LMSO , vésicule scléro-atrophique et lithiasique, pédiculite, fistule bilio- biliaire. Cholangio : empiement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par hépaticotomie, drain de KEHR .

Suites simples. Sortante le 22/4/70.

OBSERVATION: N° 71 (dossier 486/70)

S... Ouardia 27 ans. Antécédents biliaires depuis 6 ans.

Hospitalisée le 17/4/70 pour angiocholite. Biologie : BT 6 mg/L , TP 73 % . Cholangio lithiasse vésiculaire.

Intervention le 22/4/70 , LMSO, vésicule tendue et lithiasique, pédiculite. Cholangio: empiement hépato-cholédocien, faible passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

.Suites simples. Sortante le 1/5/70.

OBSERVATION: N° 72 (dossier 580/70)

Y...Fatima 49 ans. Antécédents biliaires depuis 10 ans.

Hospitalisée le 9/4/70 pour crises douloureuses isolées. Biologie: BT 10,3 mg/L , TP 84 % . Cholécysto: pas d'opacification.

Intervention le 30/4/70, LMSO, vésicule scléro atrophique et lithiasique, adhérences. Cholangio: empiement hépato-cholédocien, pas de passage duodénal. Calcul enclavé.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie, drain de KEHR. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 24/5/70.

.../...

OBSERVATION: N° 73 (dossier 739/70)

B...Zohra 58 ans. Antécédents biliaires depuis 15 ans.

Hospitalisée le 5/6/70 pour crises douloureuses isolées.

Biologie: BT 10 mg/L , TP 85 %. Cholangio: lithiasse vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 12/6/70, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio: embierrement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie . Extraction des calculs par cholédocotomie. Cholédocotomie "idéale"

Suites simples. Sortante le 29/6/70.

OBSERVATION: N° 74 (dossier 1018/70)

S...Doudja 50 ans. Début des troubles remonte à 1 mois et demi.

Hospitalisée le 13/7/70 pour angiocholite et ictère. Elle a présenté un méléna dans le service. A la palpation grosse vésicule. Biologie: BT 50 mg/L, GB 14.200 , TP 71 %. TGD : image lacunaire sur le bord interne de D₂ .

Intervention le 27/7/70 : transcutanée, transhépatique : dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques. Pas de passage duodénal. LMSO, vésicule tendue et lithiasique , foie de cholostase.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par le cystique élargi. Cholangio de contrôle pas de passage duodénal. Sphinctérotomie pour oddite.

Suites simples . Sortante le 11/8/70.

OBSERVATION: N° 75 (dossier 1091/70)

B... Ahmed 68 ans. Antécédents biliaires depuis 8 mois.

Hospitalisé le 7/7/70 pour coliques hépatiques et ictère.

Biologie: BT 205 mg/L , urée 0,58 .

.../...

Intervention le 18/7/70, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, foie de cholostase. Cholangio : empièchement hépato-cholédocien, pas de passage duodénal.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Drain transcystique.

Dans les suites: lithiasie résiduelle, réintervention le 6/8/70: tête du pancréas très indurée, poche à contenu bilieux au niveau du hile hépatique. Décédé le 16/8/70 par insuffisance cardiaque.

OBSERVATION: N° 76 (dossier 1513/70)

G...Ouzdadi 55 ans. Antécédents biliaires depuis 6 ans.

Hospitalisé le 31/10/70 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 74,6 mg/L , urée 0,62 , glycémie 1,92 .

Intervention le 11/11/70, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, foie de cholostase, adhérences, fistule bilio-biliaire. Cholangio: empièchement du cholédoque, **de l'hépatique commun** et des 2 canaux intra hépatiques. Calcul enclavé dans l'ampoule de VATER.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par l'orifice de la fistule biliaire agrandi. Sphinctérotomie, drain de KEHR.

Suites simples. Sortant le 27/11/70.

OBSERVATION: n° 77 (dossier 1617/70)

A...Ouiza 46 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 15/12/70 pour angiocholite et ictère Biologie : BT 33,2 mg/L. Cholangio : pas d'opacification.

Intervention le 16/12/70, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adhérences. Cholangio : empièchement hépato-cholédocien et de la branche droite.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cystico-cholécotomie. Sphinctérotomie. Drain transpapillaire.

Suites simples. Sortante le 2/1/71.

OBSERVATION: N° 78 (dossier 1643/70)

SNP. Kheira 54 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 29/12/70 pour angiocholite. Biologie :
BT 9 mg/L , TP 61 %. Cholécysto : pas d'opacification.

Intervention le 31/12/70, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique. Cholangio : empierrement hépato-cholédocien. Calcul enclavé dans l'ampoule de VATER.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 9/1/71.

OBSERVATION: N° 79 (dossier 1676/70)

I... Rabia 39 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 30/12/70 pour angiocholite et ictère.
Biologie: BT 30 mg/L, TP 53 %, GR 12.200 . Cholangio:
lithiasse vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 13/1/71, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, adhérences. Cholangio: empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Drain trans-cystique.

Suites simples. Sortante le 29/1/71.

OBSERVATION: N° 80 (dossier 240/71)

B... Fatma-Zohra 37 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 11/2/71 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 35 mg/L , TP 84 %, GR 2M 550. Cholangio : pas d'opacification .

Intervention le 17/2/71, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique. Cholangio : empierrement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Anastomose cholédoco-jéjunale en Y.

Suites simples. Sortante le 5/3/71.

OBSERVATION: N° 81 (dossier 393/71)

M... Louisa 27 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 16/2/71 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 24,4 mg/L , TP 84 %, GB 11.000 .

Intervention le 24/2/71, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique. Cholangio: empierrement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Drain trans-cystique.

Suites simples. Sortante le 22/3/71.

OBSERVATION: N° 82 (dossier 730/71)

Z...Ahcène 40 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisé le 21/4/71 pour angiocholite et ictère Biologie : BT 132 mg/L , GB 10.200, urée 0,57 .

Intervention le 26/4/71, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique. Cholangio : empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques. Quelques calculs enclavés dans l'ampoule de VATER.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie et sphinctérotomie. Drain de KEHR.

Suites simples. Sortant le 1/7/71.

OBSERVATION: N° 83 (dossier 991/71)

M...Mohamed 56 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisé le 16/6/71 pour coliques hépatiques et ictère. Biologie: BT 90 mg/L.

Intervention le 21/6/71, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, foie de cholostase, adénopathies. Cholangio: empierrement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie et sphinctérotomie. Drain de KEHR.

Suites simples. Sortant le 29/7/71.

.../...

OBSERVATION: N° 84 (dossier 1044/71)

Z... Mohamed 60 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisé le 6/7/71 pour angiocholite. Biologie : BT 10,2 mg/L , TP 71 % , GB 20.900 . Cholécysto: calculs du cholédoque.

Intervention le 14/7/71, LMSO, vésicule scléro-atrophique ne contenant pas de calculs, adhérences. Cholangio: empiérement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie et sphinctérotomie. Drain de KEHR.

Suites simples . Sortant le 9/8/71.

OBSERVATION: N° 85 (dossier 1080/71)

D... Ahmed 73 ans. Antécédents biliaires depuis 10 ans.

Hospitalisé le 12/7/71 pour crises douloureuses isolées.

Intervention le 30/7/71, LMSO, vésicule saine sans calculs fistule bilio-kystique. Kyste hydatique du foie. Cholangio : empiérement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Périkystectomie.

Décédé le 17/8/71 par altération progressive de l'état général (déshydratation).

Observation: N° 86 (dossier 1084/71)

G...Fatma 60 ans. Antécédents biliaires depuis 8 ans.

Hospitalisée le 16/7/71 pour angiocholite. Biologie : BT 13 mg/L , TP 84 % .

Intervention le 13/8/71, LMSO, vésicule tendue, lithiasique pédiculite. Cholangio: empiérement hépato-cholédocien, faible passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 22/8/71 .

.../...

OBSERVATION: N° 87 (dossier 1362/71)

K... Hadda 48 ans. Début des troubles remonte à 6 mois.

Hospitalisée le 5/10/71 pour angiocholite et ictère .Biologie: BT 25 mg/L , TP 84 %.

Intervention le 11/10/71, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, adénopathies. Cholangio: empierrement hépatocolédocien, faible passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 22/10/71.

OBSERVATION: N° 88 (dossier 1528/71)

C...Amar 74 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisé le 10/8/71 pour angiocholite et ictère.

Intervention le 30/8/71, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio: empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Drain de KEHR.

Dans les suites lithiasie résiduelle. Réintervention le 6/10/71, sphinctérotomie. On retire 3 calculins de l'hépatique droit. Suites simples. Sortant le 20/10/71.

OBSERVATION: N° 89 (dossier 1808/71)

N... Koula 63 ans. Début des troubles remonte à 6 mois.

Hospitalisée le 22/12/71 pour coliques hépatiques et ictère. Biologie: BT 40 mg/L , TP 53 % .

Intervention le 25/1/72, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique , pédiculite, fistule bilio-biliaire. Cholangio: empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par l'orifice de la fistule biliaire. Drain de KEHR.

Suites simples. Sortante le 20/2/72.

.../...

OBSERVATION: N° 90 (dossier 124/72)

R... Doudja. 46 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 28/1/72 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 70 mg/L , TP 71 % .

Intervention le 8/2/72, LMSO , vésicule scléro-atrophique et lithiasique, adhérences. Cholangio : empièchement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 22/2/72.

OBSERVATION: N° 91 (dossier 250/72)

B...Keltoum 55 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 23/2/72 pour angiocholite et ictère.

Biologie : BT 45 mg/L , TP 59 % .

Intervention le 8/3/72, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, pédiculite fistule bilio-biliaire. Cholangio: empièchement hépato-cholédocien et de la branche droite, faible passage duodénal.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie. Drain de KEHR.

Suites simples. Sortante le 22/3/72.

OBSERVATION: N° 92 (dossier 251/72)

B...Zehouani 35 ans. Antécédents biliaires depuis 7 ans.

Hospitalisé le 6/3/72 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 27 mg/L. Cholangio: lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 15/3/72, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, adhérences. Cholangio: empièchement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie. Drain de KEHR.

Suites simples. Sortant le 10/4/72.

OBSERVATION: N° 93 (dossier 309/72)

G...Barkahoum 44 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisée le 3/4/72 pour crises douloureuses isolées.

Biologie: TP 50 %. Cholangio: lithiasé vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 3/4/72, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio: empièchement hépato-cholédocien, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 12/4/72.

OBSERVATION: N° 94 (dossier 311/72)

H...Mohamed-Kassa 74 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisé le 6/3/72 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 34,7 mg/L , TP 84 %. Cholangio: pas d'opacification.

Intervention le 17/3/72, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio: empièchement hépato-cholédocien, pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 1/4/72.

OBSERVATION: N° 95 (dossier 452/72)

T... Chafika 19 ans. Antécédents biliaires depuis 1 an.

Hospitalisée le 29/3/72 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 30 mg/L. Cholangio : lithiasé vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 12/4/72, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, pancréatite chronique céphalique. Cholangio : empièchement hépato-cholédocien.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie . Drain transcystique , anapath.: pancréatite chronique.

Suites simples. Sortante le 3/5/72.

OBSERVATION: N° 96 (dossier 606/72)

A...Slimane 49 ans. Antécédents biliaires depuis 20 ans.

Hospitalisé le 25/4/72 pour coliques hépatiques et ictère.

Biologie: BT 24 mg/L.

Intervention le 4/5/72, LMSO, vésicule ne contenant pas de calculs, fistule bilio-biliaire. Cholangio: empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par l'orifice de la fistule. Drain de KEHR. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortant le 23/5/72.

OBSERVATION: N° 97 (dossier 627/72)

O...Ouardia 30 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisée le 26/5/72 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 40 mg/L , GB 17.000 .

Intervention le 31/5/72, LMSO, vésicule enflammée et lithiasique. Cholangio : empierrement hépato-cholédocien. Calcul enclavé dans l'ampoule de VATER.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 14/6/72.

OBSERVATION: N° 98 (dossier 663/72)

G... Messaouda 68 ans. Antécédents biliaires depuis 5 ans.

Hospitalisée pour angiocholite et ictère. Par ailleurs malade en traitement pour hypertension artérielle et maladie de PARKINSON. Biologie : BT 23 mg/L, GR 3M 600.

Intervention le 24/5/72, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique . Cholangio: empierrement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques, pas de passage duodénal. Oddite.

.../...

Cholécystectomie . Extraction des calculs par cholédocotomie.
Anastomose cholédoco-duodénale, latéro-latérale.

Suites simples. Sortante le 27/6/72.

OBSERVATION: N° 99 (dossier 820/72)

S...Safia 56 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 26/6/72 pour crises douloureuses isolées.

Biologie: BT 10 mg/L. Cholécysto : pas d'opacification.

Intervention le 3/7/72, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique. Cholangio: empièchement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra-hépatiques. Voies biliaires très dilatées.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par cholédocotomie.
Anastomose cholédoco-duodénale, latéro-latérale.

Suites simples. Sortante le 16/7/72.

OBSERVATION: N° 100 (dossier 840/72)

B...Fatima 23 ans. Antécédents biliaires depuis 2 ans.

Hospitalisée le 23/5/72 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 92 mg/L , TP 85 %.

Intervention le 29/5/72, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, pédiculite, fistule bilio-biliaire. Cholangio: empièchement du cholédoque, de l'hépatique commun et des 2 canaux intra hépatiques.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par l'orifice de la fistule. Sphinctérotomie. Drain de KEHR.

Dans les suites abcès sous phrénique et pleurésie purulente de la base droite. Sortante le 3/8/72.

OBSERVATION: N° 101 (dossier 859/72)

H... Hadda 35 ans. Antécédents biliaires depuis 3 ans.

Hospitalisée le 28/6/72 pour crises douloureuses isolées.

Biologie: BT 26 mg/L. Cholangio : pas d'opacification.

.../...

Intervention le 10/7/72, LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique. Cholangio: empierrement hépato-cholédocien pas de passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples. Sortante le 28/7/72.

OBSERVATION: N° 102 (dossier 863/72)

M... Aldja 40 ans. Antécédents biliaires depuis 6 mois.

Hospitalisée le 26/7/72 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 79,5 mg/L, TP 61 %, GR 3 M.

Intervention le 31/7/72 , LMSO, vésicule enflammée et lithiasique, foie de cholostase. Cholangio: empierrement hépato-cholédocien, faible passage duodénal. Oddite.

Cholécystectomie. Sphinctérotomie.

Suites simples . Sortante le 12/8/72.

OBSERVATION: N° 103 (dossier 870/72)

R... Fatma-Zohra. 74 ans. Antécédents biliaires depuis 10 ans.

Hospitalisée le 20/6/72 pour angiocholite et ictère. Biologie: BT 45 mg/L , TP 73% . Cholangio: lithiasse vésiculaire, cholédoque dilaté. TGD déformation du bulbe.

Intervention le 9/8/72 , LMSO, vésicule scléro-atrophique et lithiasique, fistule bilio-biliaire, pédiculite, préfistule bilio-digestive. Cholangio : empierrement hépato-cholédocien et de la branche gauche.

Cholécystectomie. Extraction des calculs par l'orifice de la fistule biliaire. Drain de KEHR. Gastro-entérostomie.

Suites simples. Sortante le 28/8/72.

/// O N C L U S I O N

*

Cette revue d'une série homogène et de première main de 103 cas d'empierrements de la voie biliaire principale nous a permis de tirer certaines conclusions:

- Au point de vue terminologique:

Au terme d'empierrement cholédocien il faut préférer l'expression d'empierrement de la V.B.P et de n'admettre comme tel que les observations comportant plus de 10 calculs dans la V.B.P. .

- Au point de vue clinique:

Si le tableau d'angiocholite ictérigène est prédominant il faut insister sur le fait que dans un 1/4 des cas au moins il n'y a aucune manifestation ictérique. La découverte de l'empierrement est per-opératoire.

- Au point de vue anatomique:

Dans plus d'un 1/4 des cas on note une lithiasie des canaux principaux intra-hépatiques. La recherche d'une telle lithiasie doit être systématique.

Dans 80 cas il y avait un obstacle d'aval (oddite, pancréatite chronique, calcul enclavé), ce qui montre qu'à la désobstruction très fréquemment s'impose un geste complémentaire pour assurer l'écoulement biliaire.

- Au point de vue étio-pathogénique:

La lithiasie intra-hépatique autonome compliquée ou non d'empierrement de la V.B.P. a été exclue.

L'empierrement de la V.B.P. reconnaît alors 2 grands mécanismes :

* la genèse à partir d'un obstacle en aval :
c'est l'empierrement primitif retrouvé dans 55 observations, où l'oddite est nettement prédominante (40 cas) .

* La migration à partir de la vésicule à la faveur d'un cystique large ou forcé, d'une fistule bilio-biliaire (10 cas): c'est l'empierrement migrateur retrouvé dans 48 observations.

- Au point de vue thérapeutique:

A la désobstruction de la V.B.P. il est nécessaire dans la majorité des cas d'associer un drainage biliaire interne. Nous accordons une large place à la sphinctérotomie qu'elle soit de nécessité ou de sécurité (pratiqué 77 fois).

L'anastomose bilio-digestive est utilisée lorsque le diamètre de la V.B.P. dépasse 20 mm ce qui est peu fréquent (pratiqué 12 fois).

Le drainage biliaire externe est imposé surtout par l'état général du malade et les conditions locales.

- Au point de vue pronostique:

La mortalité est de 10 % si l'on englobe mortalité opératoire et mortalité secondaire liée à la cirrhose biliaire.

La mortalité opératoire est élevée dans l'angiocholite ictérigène et urémigène.

On note 4 cas de lithiasse résiduelle dont 2 oubliées; c'est dire avec quelle minutie il faut prendre et lire les clichés de la cholangiographie de contrôle per-opératoire.

La sphinctérotomie a donné d'excellents résultats tant immédiats que lointains. Elle mérite sa place dans l'arsenal thérapeutique de l'empierrement de la Voie Biliaire Principale.

*

*

*

B I B L I O G R A P H I E

*

1 - AYARI H. et CAROLI J.:

La récurrence lithiasique cholédocienne et les empièvements calcaux du cholédoque.

Arch. Mal. App. Digest. 1955 - 44 - n° 6 - 788-95.

2 - BARSOTTI J. et CASTELLANI L.:

Papillotomies et sphinctérotomies trans-duodénales en chirurgie biliaire. Revue générale à propos de 132 cas.

Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. PARIS) Mai 1969, 23 , n° 9 - 10 , 537-551.

3 - BORSALI M.A.:

Contribution à l'étude des empièvements cholédociens. (A propos de 52 cas)

Thèse ALGER 1971.

4 - CARAYON A. , DELAHOUSSE J., ROIGT J. et BLANC J.F.:

Empièvement du cholédoque par migrations successives de calculs intra hépatiques. Guérison par sphinctérotomie et méthode de PRIBRAM.

ALGERIE Médicale 1959 - 63 - N° 7 - 706 .

5 - CARAYON A., DELAHOUSSE J., ROIGT J. et BLANC J.F.:

Empièvements du cholédoque par migration successive de calculs intra-hépatiques.

Bull. Soc. Med. AFR-NOIRE 1959 - 1 - N° 3 - 352 .

6- CAROLI J. et CORCOS V.:

Maladies des voies biliaires intra-hépatiques segmentaires Masson et Cie - PARIS 1964.

7 - CAROLI J. et COLL.:

Les ictères par rétention. Diagnostic médico-chirurgical Masson et Cie PARIS 1956.

8 - CHAMPEAU M.:

Lithiase intra hépatique. Lithiase du canal hépatique gauche.

Arch. Mal. App.Dig. 1960- 49 - N° 1 - 2 - 81 .

9 - CHAMPEAU M.:

La chirurgie de la lithias cholédocienne sans drainage avec sphinctéroplastie totale.

Mém. Acad. Chir. 1959 - N° 8-9-10-211-213.

10 - CHAMPEAU M. et PINEAU P.:

Etude critique et indications des anastomose bilio-digestives.

Rev. Prat. 1962 - 12 - N° 16 - 613 - 623 .

11 - CHAMPEAU M. et PINEAU P.:

Voie d'abord élargie trans-hépatique du canal hépatique gauche. Possibilité de découverte totale du canal.

Mém. Acad. Chir. 1961 - N° 21-22-23-602-613.

12 - CHAVY A.:

La sphinctérotomie oddienne en chirurgie biliaire et pancréatique.

Gaz. Méd. France 10 Mars 1960, 67, N°5 - 599-605.

13 - CIMINATA A.:

La chirurgie moderne du cholédoque et de la papille de VATER dans la lithias biliaire.

RIF. Méd. 5 Mai 1962, 76, N° 18, 191-194.

14 - COLSON J.M.:

Renseignements tirés de 61 sphinctéroplasties oddiennes pour lithias des voies biliaires.

Thèse PARIS 1970 N° 292, 76 pages.

15 - CORMIER J.M., ALBOT C., et BYDLOWSKI R.:

Lithias des canaux intra hépatiques avec empièchement cholédocien.

Remarques thérapeutiques à propos d'un cas observé.

Arc. Mal. App. Dig. 1962 - 51 - N° 6 - 737-744 .

.../...

- 16 - DEBRAY C., ROUX M., LE CANUET R. et THOMAS J.:

Résultats à distance de 70 cas de sphinctérotomie
oddienne (étude clinique et radiologique)

Sem. Hôp. PARIS, 14 Novembre 1963, 39, N°51, 2441-2446.

- 17 - DOUTRE L.P.:

Sphinctéroplastie et lithiasse biliaire. A propos
de 49 observations.

J.Méd. BORDEAUX, Juin 1965, 142, N° 6, 975-977 .

- 18 - FLORENT R. et CHARPIN R.:

Lithiasses biliaires intra hépatiques

Press. Méd. 1961 - 69 - N° 31 - 1435 .

- 19 - FRAISSE M., ETAIX J.P. et GAUTHIER A.:

Les syndromes cholédociens au cours de la lithiasse
biliaire. A propos de 130 observations.

J. Méd. LYON 1970, 1183 - 1283 - 1296 .

- 20 - FRANK P. et EISENBETH R.:

Intérêt de la sphinctérotomie trans-duodénale dans
le traitement chirurgical de la lithiasse biliaire.
(A propos de 25 observations)

Press. Méd. 22 Décembre 1962, 70, N° 55, 2693-2695.

- 21 - FRANK P. et EISENBETH R.:

La place de la sphinctérotomie oddienne (S.O.) dans
le traitement chirurgical de la lithiasse biliaire.

MONTPELLIER Chir. 1970, 16, n°5 , 451 - 457 .

- 22 - FRANK P. et EISENBETH R.:

La sphinctérotomie oddienne (S.O.) d'indication
biliaire.

J. Méd. STRASBOURG, Août-Sept. 1970, 1 , n° 8 -9,
573 - 576 .

- 23 - FRITSCH A. et FUCHSIG P.:

Technique opératoire de la révision des voies bi-
liaires, en particulier la papillotomie trans-duo-
dénale.

LANGENVECKS Arch. KLIN.CHIR.(Rapports du Congrès)
1965, 313, 272 - 276 .

.../...

24 - GARCIN , MARQUAND , CAMEY , MOUCHET:

A propos de 100 cas de chirurgie cholédocienne.

Ann. Chir. 1959, 13 , N° 21 - 1295 - 1305 .

25 - GEFFROY Y.:

La désobturation du cholédoque.

Press. Méd. 1952 -60 , N° 5, 109 - 110 .

26 - GERSANT Y.:

Les empierrements de la voie biliaire principale.

A propos de 46 observations.

Thèse PARIS 1965 .

27 - GLENN F. et MOODY F.G.:

Les calculs intra-hépatiques.

Ann. Chir. 1961, 153, N° 5 , 711 - 724 .

28 - GOINARD P. et PELISSIER G.:

La sphinctéroplastie totale sans drainage du cholédoque dans le traitement des affections biliaires.

Surg. Gyn.Obst., Sept. 1960 , 111, N°3, 339-347 .

29 - GOINARD P. et PELISSIER G.:

Six années de sphinctéroplastie pour lithiase cholédocienne.

Mém. Acad. Chir., 1963, 89, N° 7 - 8, 234-239.

30 - GOINARD P. et PELISSIER G.:

Compte rendu d'une expérience de 8 années de sphinctérotomies.

J. Internat. Hépat. LYON, 2-5 Juin 1965.

In. Revue Internat. Hépat., 1966, 16, N°3, 605-609.

31 - GOINARD P. et PELISSIER G.:

La sphinctérotomie oddienne sans cholédocotomie ni drainage biliaire externe.

Mém. Acad. Chir., 27 Nov.-4 Déc., 1968, 94, N°27-28, 798 - 804 .

32 - GRIMOUD M., LAPEYRERE J., MALECAZE A.:

Les empièvements diffus et non ictérogènes de la voie biliaire principale.

J. Méd. BORDEAUX 1962, 139, N° 11, 1551 - 1559 .

33 - HEISS W.:

Importance de la sphinctérotomie trans-duodénale en chirurgie biliaire.

WIEN - KLIN - WSCHR, 12 Fév. 1965, 77, N° 6, 97-100.

34 - HENRY E. et MONTIES J.R.:

Résultats des sphinctérotomies oddiennes dans les affections lithiasiques de la voie biliaire principale. Colloque sur la sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 Sept. 1961

In Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. PARIS) Mars 1962 , 16, N° 5 - 6, C. 316 - C. 347 .

35 - HENRY E., SARLES et MONTIES J.R.:

Suites éloignées des interventions pour lithiasie de la voie biliaire principale. Résultats comparés de 251 cas.

Mém. Acad. Chir. 1961, 87, N° 19, 562-571.

36 - HEPP J. :

Méthodes d'exploration du sphincter d'oddi.

An. Chir. 1966, 20, N° 5 - 6 , 327-330 .

37 - HEPP J.:

La chirurgie de la lithiasie cholédocienne sans drainage avec sphinctéroplastie totale.

Mém. Acad. Chir. 1959, 85 , N° 8-10, 253-255.

38 - HEPP J.:

Place de la sphinctérotomie dans le traitement de la lithiasie cholédocienne.

Méd. et Hyg., 23 Sept. 1961, 22, N°655, 764-766.

39 - HEPP J. et ISSERLIS G.:

Complexité de la lithiasie hépato-cholédocienne et de son traitement. Indications de la voie combinée.

Ann. Chir. 1959, 13, N° 17-18 , 1065 .

40 - HICKEN N.F., MAC ALLISTER A.J. et CALL O.W.:

Résidual coledocal stones. Etiology and complications in one hundred and ten cases.

Ach. of Surg. 1954 , 68 , 643-656 .

41 - HIVET M., RICHARME J., CHEVREL J.P. et HERLINSKI M.:

340 sphinctérotomies oddiennes. Techniques, indications, résultats immédiats et tardifs.

Ann. Chir. Nov. 1967, 21, N° 23-24, 1409-1413.

42 - ISSERLIS G.:

Sphinctérotomie. Technique, indications et résultats d'étude sur 215 cas.

Thèse PARIS 1959 .

43 - JULIEN M.:

La lithiasse dite résiduelle de la voie biliaire principale. Etude de 100 cas.

Thèse PARIS 1963 .

44 - KOSKAS R.:

Les sphinctérotomies. Indications. Technique.

Tunisie Méd. Sept.-Oct. 1962, 41, N°5, 549-557.

45 - KOURIAS B.:

Le problème de la sphinctérotomie trans-duodénale dans l'opération biliaire.

Bruns. BEITR. KLIN. Chir., Mai 1961, 202, N°3, 322-333.

46 - KOURIAS , BASILE :

Sur les problèmes thérapeutiques soulevés par les empierrements graves des voies biliaires intra-hépatiques.

Mém. Acad. Chir. 1960 , 86, 380-382.

47 - KOURIAS et TOBLER:

Sur les résultats éloignés des opérations pour lithiasse biliaire d'après 551 cas opérés suivis pendant les années 1950-1955 .

Mém. Acad. Chir. 1959, 85, N° 15-16, 447-452.

.../...

48 - LARRIERE H. et ADLE F.:

La lithiase récidivante de la voie biliaire principale (statistique et étiologie).

Ann. Chir. 1968, 22, N° 25-26 , 1157-1160.

49 - LATASTE J., VAYRE P. et GIULI R.:

A propos de 89 sphinctérotomies oddiennes d'indication biliaire.

Presse Méd. 11 Avril 1964, 72, N° 18, 1053-1055.

50 - LEFEBVRE F.:

Indications personnelles de la sphinctérotomie.

Rev. Internat. Hépat. 1965, 15, N° 5 , 935-938.

51 - LEGGERI A. et DI PAOLA M.:

Notre expérience sur l'emploi de la papillotomie trans-duodénale dans les obstructions du cholédoque terminal.

Policlinica (SEZ-PROT) 9 Sept. 1963, 70, N°36, 1266-1271.

52 - LLAURADO A. et TRIAS R.:

Notre expérience dans la sphinctérotomie.

Ann. Hôsp. SANTA-CRUZ, Juil.-Août 1968, 28, N° 4, 277 - 290 .

53 - LLAURADO A. et TRIAS R.:

1000 sphinctérotomies.

Lyon Chir. Mars-Avril 1969, 65, N° 2, 277-279.

54 - LORTAT Jacob J.L., RICHARD C.A. et GIULI R.:

A propos de la lithiase résiduelle du cholédoque

Ann. Chir. 1968, 22, N° 25-26 , 1497-1500.

55 - MACKOWSKI A.:

La sphinctérotomie dans le traitement chirurgical des calculs du cholédoque.

Chirurgia (Moscou) 1966, N° 10, 49 - 55 .

56 - MANSOURI , BENDALI, ILLOUL , SEDDIK :

Quelques aspects cliniques de la lithiase intra-hépatique.

Revue Médico-chirurgicale - malad. Foie-Rate et pancréas, Déc. 1968 N° 6 . 139 .

57 - MARCHAL G. et COLL.:

Les altérations du sphincter d'oddi au cours de la lithiase biliaire. A propos de 47 biopsies peropératoires.

Montpellier Chir., 1964, 10, N°1, 37 - 41 .

58 - MERADJI B.:

Contribution à l'étude des anastomoses bilio-digestives. Réflexions sur les techniques, indications et résultats. A propos de 100 cas.

Thèse ALGER 1967 .

59 - MIRIZZI P.L.:

La lithiase de la voie biliaire principale. A propos de 520 cas.

Mém. Acad. Chir. 1955, 81 - N°27-28 , 834-842.

60 - MIRIZZI P.L.:

Lithiase de la voie biliaire principale.

1 volume Masson et Cie. Edit. PARIS 1962.

61 - MIRIZZI P.L.:

Chirurgie du système du canal hépatique. Lésions bénignes.

1 volume Masson et Cie. Edit. PARIS 1962 .

62 - MONOD - BROCA P.H. - TESTAS P. et COHEN R.:

Résultats immédiats et lointains de 38 interventions sur le sphincter d'oddi au cours de la lithiase biliaire.

Ann. Chir.(suppl. Sem. Hôp. PARIS) Juin 1966, 20 , N° 11 - 12 , 773 - 779 .

.../...

63 - MONTIES J.R.:

La place de la sphinctérotomie oddienne dans le chirurgie des affections lithiasiques de la voie biliaire principale (Etude des indications et des résultats éloignés de 251 interventions dont 73 sphinctérotomies)

Thèse MARSEILLE 1960 , N° 118 .

64 - MOREAUX J. et TEIXEIRA A.S.:

Les résultats éloignés de la sphinctérotomie oddienne.

An. Chir. 1966, Vol. 20, N° 5 - 6 , 340-342 .

65 - MOUCHET A., MARQUANT J., GUIVARC H.M. et LENRIOT J.P.:

La sphinctérotomie d'indication biliaire. Etude d'une série de 180 cas. Indications et résultats.

Mém. Acad . Chir., 1965, 91, N° 30-31, 987-994.

66 - OLIVIER C.:

Chirurgie des voies biliaires intra et extra-hépatiques.

Masson et Cie. Edit. PARIS 1961 .

67 - OLIVIER C., et RETTORI R.:

Suites immédiates et résultats éloignés de 108 sphinctérotomies oddiennes d'indication biliaire.

J. Internat. Hép. LYON, 2 - 5 Juin 1965 .

In Rev. Internat. Hépat. 1966, 16, N° 3 , 601-604.

68 - PI , FIGUERBAS J. et ARTICAS V.:

La sphinctérotomie dans les affections du cholédoque.

Rev. Méd. EST. gen. NAVARRA, Sept.1961,5, N°3, 304-308

69 - POILLEUX F.:

Place de la sphinctérotomie oddienne dans la chirurgie des voies biliaires.

Concours Méd. 1er Fév. 1964, 86, N°5, 717-719 .

70 - PRIBRAN:

The méthode for dissolution of stones remaining for intervention.

Surgery 1947, 22 - 304 .

.../...

71 - RIVES J., STOPPA R., LARDENNOIS B. et PREVOST J.J.:

A propos de la sphinctérotomie oddienne, une technique de sécurité: la sphinctérotomie sur sonde au bistouri électrique.

Ann. Méd. Pharm. REIMS, 1968, Décem. 5, N°5, 379 - 388.

72 - RIVES J. et STOPPA R.:

Technique de la sphinctérotomie sur sonde en gomme au bistouri électrique.

Presse Méd., 1er et 22 Juin 1968, 76, N° 27, 1353 - 1356 .

73 - ROUX M., DEBRAY Ch., LECANUET R. et THOMAS J.:

Résultats éloignés de la sphinctérotomie oddienne.

Mém. Acad. Chir., Mars 1963, 89, N° 11-12 et 13, 369 - 376 .

74 - ROUX M., VAYRE P. et FARAH A.:

Notre expérience de la sphinctérotomie oddienne. Indications et résultats.

Rev. Internat. Hépat., 1965, 15, N° 5, 783-790.

75 - ROUX M., ARSAC M., VAYRE P. et FARAH A.:

La place de la sphinctérotomie oddienne dans la chirurgie biliaire.

Rein et Foie, 1966, 8, 85 - 98 .

76 - ROUX M., VAYRE P., HUREAU J., LEVASSEUR J.C. et FARAH A.:

Réflexions à propos de 40 cas de lithiase résiduelle de la voie biliaire principale extra hépatique.

Ann. Chir. 1968, 22, N° 25 - 26, 1515-1518.

77 - SALEMBIER Y.:

Indications, principes techniques et résultats des interventions sur le sphincter d'oddi dans la lithiase et l'oddite.

Lyon Chir., Juil. 1962, 58, N° 4, 518-523.

4. The fourth part of the document discusses the implications of the findings. It suggests that the results of the study have significant implications for the field of research and may lead to further developments in the future.

5. The fifth part of the document concludes the study. It summarizes the main findings and provides a final statement on the importance of the research.

78 - SENEQUE J., ROUX M. et CHATELIN Cl.:

Possibilités et limites des méthodes de désobstruction de la voie biliaire principale par moyens chimiques ou pharmacologique.

Journ. Chir. 1952, 68, N° 5, 340 - 352.

79 - SEROR J., MANSOURI H. et STOPPA R.:

Notre statistique de sphinctérotomie.

Journées internat. Hépat. LYON 2 - 5 Juin 1965.

In rev. Internat. Hépat., 1966, 16, N°3, 565-574.

80 - SEROR J., RIVES J. et STOPPA R.:

La papillotomie en chirurgie biliaire.

(Notre technique et nos indications)

Afrique Franç Chir., 1er Trim. 1961, 19, N°1, 45-52.

81 - SEROR J.:

Empierrrement du canal hépatique gauche. Complication du kyste hydatique involué du foie.

Mém. Acad. Chir. 1961, 87, 823-828.

82 - STOPPA R., RIVES J., SEROR J.:

Empierrrements calculeux des voies biliaires.

Afri. Franç. Chir. 1958, 16, N°4, 324-328.

83 - STOPPA R., SEROR J., RIVES J. et PREVOST J.J.:

Notre expérience de la sphinctérotomie oddienne en pathologie biliaire. A propos d'une série homogène de 240 observations.

Ann. Chir. Nov. 1968, 22, N° 23-24, 1347-1356.

84 - STROZ G.:

Techniques et indications des interventions sur le sphincter d'oddi, au cours des affections non tumorales des voies biliaires et en particulier de la lithiase.

Thèse PARIS 1963, N° 275, 53 pages.

